UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 157

Évolution de la Médecine et Marché Commun

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Mercredi 4 Octobre 1972

par Michel BAUDOIN

né le 3 Septembre 1939 à MARMANDE (Lot-et-Garonne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. L'ÉPÉE, Professeur . . . . . Président

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . }
M. H. LAZARINI, Agrégé . . . . . } Juges
M. J. BERNADOU, Agrégé . . . . . }

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0005

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
des Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 157

Évolution de la Médecine et Marché Commun

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le Mercredi 4 Octobre 1972

par Michel BAUDOIN
né le 3 Septembre 1939 à MARMANDE (Lot-et-Garonne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. L'ÉPÉE, Professeur . . . . . Président

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . } Juges
M. H. LAZARINI, Agrégé . . . . . }
M. J. BERNADOU, Agrégé . . . . . }

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur J. BERNADOU

Maître de Conférences agrégé de Médecine préventive et Santé publique Hygiène (Option Clinique)
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

Monsieur le Docteur H. LAZARINI

Maître de Conférences agrégé de Médecine légale et Médecine du Travail
Chevalier des Palmes académiques

Vous nous avez donné ce sujet de thèse passionnant et nous avez aidé dans cette étude.
Trouvez ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Professeur A. SERISÉ

Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Permettez-nous de vous témoigner notre vive gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. L'ÉPÉE

Professeur de Médecine légale et Médecine du Travail
Médecin Inspecteur du Travail et de la Main-d'œuvre de la Région d'Aquitaine
Officier de l'Ordre national du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Chevalier du Mérite social
Chevalier du Mérite agricole

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il nous soit permis de vous affirmer l'expression de notre reconnaissance.

EVOLUTION DE LA MEDECINE

ET MARCHE COMMUN

P L A N

PREMIERE PARTIE - Introduction : Le Marché Commun. L'évolution de la médecine .

DEUXIEME PARTIE - Les besoins de l'Europe des Dix en matière de santé .

Chapitre I - Etude démographique.
Chapitre II - Mortalité et Morbidité.
Chapitre III - Altération du milieu naturel.
Chapitre IV - Importance accrue de la prévention.
Chapitre V - Augmentation de la demande de soins .

TROISIEME PARTIE - Evolution de la profession médicale.

Chapitre I - Rappels historiques .
Chapitre II - Les effectifs médicaux .
Chapitre III - La médecine généraliste en crise ?
Chapitre IV - La médecine spécialisée .
Chapitre V - La médecine salariée .
Chapitre VI - Les professions para-médicales .

QUATRIEME PARTIE - Les moyens dont dispose la médecine moderne .

CINQUIEME PARTIE - Le coût de la santé - la Sécurité Sociale .

Chapitre I - L'accroissement des dépenses santé , les causes .
Chapitre II - Les régimes de Sécurité Sociale .

Chapitre III - Où en est-on de l'harmonisation des systèmes de Sécurité Sociale au sein de la C.E.E. ?
Chapitre IV - Une politique, une économie de la santé .

SIXIEME PARTIE - Le droit et la morale, face à cette situation nouvelle .

Chapitre I - Les règles traditionnelles de la médecine mises en cause ?
- respect de la vie
- secret médical
- indépendance technique et morale du médecin
- libre choix du médecin par le patient
- l'entente directe et le paiement direct à l'acte .

Chapitre II - La responsabilité civile des médecins .
Chapitre III - Quelques problèmes liés à des techniques nouvelles :
- greffes d'organes
- opérations transexuelles
- choix des malades à sauver
- expérimentation humaine
- insémination artificielle

Chapitre IV - La charte de Nuremberg .

SEPTIEME PARTIE - Conclusion .

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

Les tentatives d'unification européenne fondées sur l'hégémonie d'un état, ont toutes été vouées à l'échec . Napoléon, Hitler n'ont pu reconstruire par les armes, le Saint-Empire de Charlemagne ... La Société des Nations s'était fixée pour but, d'éviter les guerres fratricides, en garantissant à tous les états l'indépendance politique et l'intégrité nationale . L'universalité abstraite et d'ailleurs relative de l'organisme genevois fut peut-être une des raisons de sa faiblesse . Après la deuxième guerre mondiale, la conjoncture économique mondiale, favorable aux grands ensembles, invitait les européens à se grouper, pour faire face à la concurrence des grandes puissances économiques . Les 24 et 25 Juillet 1952 entrait en vigueur le traité instituant la Communauté Economique du Charbon et de l'Acier (C.E.C.A.) . C'était un premier pas . Quelques années plus tard, en Juin 1955, à Messine, les ministres des affaires étrangères des Six Etats membres de la C.E.C.A., lancent l'idée de la création d'une zone économique unifiée .

Le 25 Mars 1957 étaient signés à Rome, les traités instituant la Communauté Economique Européenne (C.E.E.) et l'Euratom .

En introduction du Traité les signataires se déclarent : "Déterminés à établir les fondements d'une union sans cesse plus étroite entre les peuples européens; décidés à assurer par une action commune le progrès économique et social de leur pays, en éliminant les barrières qui divisent l'Europe ... Résolus à affermir par

la constitution de cet ensemble de ressources, les sauvegardes de la paix et de la liberté, et appelant les autres peuples de l'Europe qui partagent leur idéal à s'associer à leur effort" .

Ce traité prévoit la libre circulation des marchandises, des capitaux et des personnes . L'Article 57 § 3 stipule : "En ce qui concerne les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, la libération progressive des restrictions sera subordonnée à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents états membres" . L'Article 59 prévoit une suppression progressive des restrictions à la libre prestation de services à l'intérieur de la Communauté . Le Traité prévoit également l'harmonisation des systèmes sociaux grâce à une collaboration étroite notamment en matière de Sécurité Sociale (Art. 117 et 118) et en particulier la sauvegarde des droits des travailleurs migrants (Art. 51) . Il s'agit en fait d'harmoniser l'exercice de la profession médicale ainsi que les systèmes sociaux .

°°°

En vue de préparer l'entrée en vigueur du Traité de Rome, les Syndicats médicaux des Six créaient le 24 Octobre 1959, à Amsterdam, le Comité Permanent des Médecins de la C.E.E. Ce Comité se fixait pour buts principaux :

- l'étude de la pratique professionnelle et du perfectionnement médical dans les différents états membres ,
- l'étude des systèmes de Sécurité Sociale et Assurance Maladie ,
- la préparation éventuelle de la libre circulation et de la libre installation ,

- enfin, la représentation de la profession médicale auprès des diverses instances du Marché Commun .

Au début, les organisations fondatrices furent essentiellement les syndicats responsables du corps médical dans leurs pays . Bien vite la complexité des problèmes et l'urgence croissante des solutions à trouver rendit indispensable la création de groupes de travail spécialisés . Il fallut faire participer aux travaux les représentants de tous les groupes médicaux en cause, ainsi que les défenseurs de la déontologie : les ordres de médecins . C'est ainsi que dans les délégations on trouve des représentants des ordres de médecins, des académies de médecine, des médecins salariés, des médecins du travail, des médecins hospitaliers et bien entendu, des généralistes .

Dès 1964, existaient quatre groupes de travail spécifiques :

- Formation professionnelle,
- Organisation professionnelle,
- Assurances Sociales,
- Médecine du travail .

En 1967, leur nombre était porté à neuf avec les groupes : médecine générale, médecins hospitaliers, médecins salariés, auxilliaires médicaux, industrie pharmaceutique . Chacune de ces commissions se réunit deux fois par an, afin de préparer les délibérations de l'Assemblée Pléniaire du Comité Permanent . Jusqu'à présent trois propositions de directives ont été publiées au Journal Officiel des Communautés . Elles concernent la liberté d'établissement et la libre prestation de services pour les activités non-salariées des médecins ; la reconnaissance mutuelle des diplômes ; la coordination des textes concernant les activités non-salariées des médecins . Ces propositions de directives ont suivi le circuit consultatif normal : Comité Economique et Social, Parlement Européen . Elles sont actuellement soumises à l'étude du Comité des Représentants Permanents à Bruxelles (COREPER) en vue de préparer la décision ultime du Conseil

des Ministres de la Communauté . Le Comité Permanent des médecins et les différents groupes de travail n'ont cessé d'intervenir auprès des instances consultées sur les projets de directives, pour les persuader de faire adopter des amendements .

L'arrivée au 1er Janvier 1973 de quatre nouveaux états membres (Danemark, Irlande, Norvège, Grande Bretagne) vient encore élargir le débat .

°°°

Au cours de notre étude nous verrons plus en détail les attitudes qui ont été adoptées . Comment va évoluer la médecine dans un tel contexte ? Sous quelle forme va se faire l'harmonisation des systèmes sociaux et la coordination des conditions d'exercice de la profession médicale ?

Nous tâcherons de dégager les principales tendances qui se dessinent dans les Etats membres et au sein des instances européennes .

Toute entente peut paraître illusoire lorsqu'on songe à la complexité et à la diversité qui règne à l'intérieur de l'Europe, en matière d'organisation de la profession médicale, et en matière d'Assurance Maladie . En fait, les problèmes qui se posent sont les mêmes partout. La demande de soins évolue de manière identique dans chaque état .

La démographie, l'étude de la morbidité et de la mortalité dans ces pays de niveaux de vie et de contextes sociaux-économiques voisins, nous montreront que les besoins en matière de santé sont comparables , et qu'ils évoluent dans le même sens .

La profession médicale est elle-même en pleine évolution . Elle doit s'adapter aux besoins nouveaux et aux techniques nouvelles et pour cela s'organiser . Grâce aux progrès récents dans les domaines diagnostique et thérapeutique la médecine est de plus en plus efficace, active . Mais ces progrès ont pour corrollaire une augmentation des dépenses santé . La Sécurité Sociale aide dans les différents pays les gens à faire face à des dépenses de plus en plus importantes . Elle a par suite tendance à vouloir contrôler ces dépenses . Les états eux-mêmes interviennent de plus en plus dans la dispensation des soins . Cette intervention des Caisses et des Etats dans la relation médecin-malade est encore une des caractéristiques de la médecine d'aujourd'hui . On la retrouve partout sous des formes voisines . Cette évolution, de même que certaines techniques nouvelles, posent des problèmes à la conscience des médecins . Comment réaliser les nécessaires adaptations, tout en respectant les grands principes hippocratiques .

De l'étude des attitudes adoptées, dans les états du Marché Commun, face à ces grands problèmes peut naître un travail constructif . Les expériences différentes des pays, loin d'être une gêne, doivent au contraire permettre à l'Europe de faire, en connaissance de cause , les adaptations qui s'imposent .

DEUXIEME PARTIE

LES BESOINS DE L'EUROPE DES DIX EN MATIERE DE SANTE

Comment évaluer les besoins de l'Europe des dix en matière de Santé ?

Une étude démographique rapide, statique et dynamique, nous donnera les caractéristiques de la population européenne . Nous verrons par la suite quelles sont les maladies qui guettent cette population . Les statistiques réalisées ces dernières années, montrent que la morbidité ainsi que la mortalité pour les différentes maladies, évoluent dans le temps .

Quoi qu'il en soit, du caractère critiquable de ces statistiques; elles nous permettent de mesurer approximativement les menaces qui pèsent sur les citoyens de l'Europe de demain . D'autres dangers menacent encore la santé, comme l'altération du milieu naturel . Dans ce domaine, en particulier, la prévention apparaît d'une importance primordiale .

CHAPITRE I
ETUDE DEMOGRAPHIQUE

Si on se réfère aux chiffres de Juillet 1968 , publiés dans l'annuaire de l'O.N.U. et les annuaires statistiques nationaux, la population de l'Europe des dix doit être estimée à un peuple de 254 millions d'habitants.

La République Fédérale allemande avec un peu plus de 60 millions d'habitants vient en tête devant le Royaume Uni (55.533.000), l'Italie (53.750.000) , et la France (49.756.000) . Viennent ensuite les Pays-Bas (12.729.000), la Belgique (9.632.000), le Danemark (4.879.000), la Norvège (3.790.000), la République d'Irlande (près de 3 millions) et le Luxembourg (335.800 habitants) .

La densité moyenne des habitants est de 137 au Km^2, mais cette population est très inégalement répartie .

Les Pays-Bas battent le record, avec 391 habitants, en moyenne, au km^2, à l'opposé la Norvège n'en compte que 11,6 . La France avec 90 habitants au km^2 a une densité de population supérieure certes à l'Irlande (un peu plus de 40), de peu inférieure au Danemark (113), mais très nettement inférieure à l'Italie (178) au Royaume Uni (227) à l'Allemagne de l'Ouest (243) à la Belgique (316) et à plus forte raison aux Pays-Bas .

Par rapport à l'ensemble de ses partenaires européens, la France, avec une superficie nettement supérieure aux autres, apparaît sous-peuplée .

°°°

Après avoir posé ces quelques repères , voyons les aspects dynamiques de la démographie européenne . Comment évolue-t-elle ? On peut la caractériser par trois éléments : la baisse de la natalité , le vieillissement de la population, la concentration urbaine .

Une baisse de la natalité a été enregistrée dans l'ensemble de l'Europe depuis 1964 . Certains pays en particulier : l'Allemagne, le Danemark, la Suède , la Suisse atteignent le seuil au-dessous duquel le pays n'assure plus le remplacement de ses générations . La maîtrise croissante de la procréation conduit la majorité des couples vers des familles de deux ou trois enfants .

Parallèlement, la mortalité a beaucoup reculé au cours de ce siècle . L'espérance de vie à la naissance en Europe, est actuellement de l'ordre de 68 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes . Il y a peu d'écarts selon les pays . Bientôt l'espérance de vie à 60 ans sera de 20 ans .

Baisse des naissances, recul de la mortalité aboutissent à un vieillissement des populations . La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, dans la plupart des pays du Marché Commun, se situe en 1968, autour de 12 % . La Belgique possède la plus forte proportion de personnes âgées avec 13, 20 % , au contraire l'Italie n'en compte que 10,40 % et les Pays-Bas 9,95 % . Le nombre des personnes de plus de 65 ans ira en augmentant . Dans le cadre du VI° Plan, on a prévu que ce

pourcentage passerait pour la France de 12, 8 en 1971 à 14 ou 15 % en 1985 . Ceci, tout en tenant compte d'une expansion démographique progressant de 0,9 % par an . La population comptera de ce fait un nombre croissant de chroniques .

Cette population sera distribuée sur le territoire d'une manière différente de celle que nous connaissons aujourd'hui . La population française toujours aux environs de 1985 sera en grande partie urbaine (70 à 80%). L'agriculture sera en majorité industrielle . Le secteur primaire (travail de la terre, pêche) emploiera de moins en moins de personnes actives . Déjà, en France, ce secteur qui employait en 1954 27 % de la population active , n'en mobilisait plus en 1970 que 14 % . Si on compare ces chiffres à ceux publiés dans "l'Observateur de l'O.C.D.E." en 1967 (x), on constate que la France après l'Italie (24, 1) a la plus forte proposition d'emplois du secteur primaire alors que la République Fédérale Allemande n'en compte que 10, 6 %, l'Angleterre 3,1 %, les U.S.A 5,2 % . Une évolution se fait, le secteur primaire est déserté au profit du secteur secondaire (production industrielle) et surtout tertiaire (commerce, transports, asministration) .

°°°

L'Europe de demain sera ainsi formée d'une population urbaine, comptant une part importante de personnes âgées . Quels seront ses problèmes de santé ? Ils découlent en partie du vieillissement des populations .

(x) *Cf. Démographie européenne. Médecine européenne n° 16, Déc. 1971, p. 5-11.*

CHAPITRE II

LA MORTALITE ET LA MORBIDITE EN EUROPE

Une étude des causes de mortalité et des facteurs de morbidité nous donnera une idée des menaces qui pèsent sur la santé de l'Europe de demain .

De quoi meurt-on en Europe ? les maladies du cœur et des vaisseaux viennent en tête des causes de décès, devant les cancers et leucémies . Ces deux types d'affections à elles seules sont causes de plus de la moitié des décès .

L'attention de l'opinion et les efforts des pouvoirs publics, en France, se portent sur certaines affections reconnues comme fléaux sociaux : le cancer et la leucémie (près de 100.000 morts annuelles en France) . La Tuberculose (6.000 morts en 1969) la poliomyélite (une ou deux dizaines de morts annuelles et 1 ou 2 centaines d'infirmes). Mais les maladies cardio-vasculaires (255.000 morts en France pour l'année 1968) n'ont pas été considérées comme un fléau social et combattues avec des moyens adéquats . Dans le cadre du VI° Plan, un effort a été fait pour réparer ces lacunes .

On peut classer dans l'ordre de fréquence décroissante les causes de mortalité en Europe : les morts par affections cardio-vasculaires viennent donc en tête

devant les cancers et les leucémies . Viennent ensuite les causes infectieuses, les morts violentes, les affections digestives (ulcères, occlusions ...), la mortalité néo-natale, etc ...

Notons que cette mortalité, caractéristique d'un pays évolué, est liée aux progrès réalisés dans la lutte contre les infections . Dans les pays en voie de développement les maladies infectieuses et parasitaires viennent en tête des causes de décès, suivies par la sénélité ; affections cardio-vasculaires et cancers viennent bien après .

Les causes de décès varient selon la catégorie d'âge considérée : les deux grandes causes de mortalité , cancers et maladies cardio-vasculaires ne prédominent qu'après 40 ans . Pour le premier âge, traumatisme obstétrical, malformations et infections l'emportent de loin; tandis que de 2 à 40 ans, accidents et traumatismes causent plus de morts que l'ensemble des maladies .

°°°

L'examen des causes de mortalité représente une approche importante, mais trompeuse des besoins de santé . Certaines maladies qui tuent peu, peuvent être une limitation importante de l'activité, de l'épanouissement de l'individu au sein de la Société, et une charge financière et humaine importante pour la collectivité .
La morbidité est encore plus délicate à apprécier que la mortalité . Une affection non ressentie par le malade, ou pour laquelle il n'a pas fait appel au médecin, reste inconnue, et ne s'inscrit dans aucune statistique . Partant d'une enquête sur "la consommation médicale des français en 1960 , H. PEQUIGNOT, G. ROSCH, M. MAGDELAINE et J. ROSS, ont abouti au classement suivant , à partir du nombre de malades pour 1.000 personnes ayant fait appel à des soins médicaux :

1°- les maladies infectieuses aiguës, saisonnières, tuberculose, fièvre ,

2°- les maladies de la bouche et des dents,

3°- maladies digestives,

4°- maladies cardio-vasculaires,

5°- maladies rhumatologiques,

6°- traumatismes,

7°- maladies de l'œil,

8°- maladies nerveuses etc ... (x)

Cet instantané de l'état de morbidité à une période déterminée doit être complété par une étude cinétique .

Des changements importants et rapides se produisent dans la morbidité de la population de l'Europe de l'Ouest, en fonction des facteurs qui jouent dans le sens, tantôt de la diminution, tantôt de l'augmentation des fréquences . L'élévation progressive du niveau de vie , la diffusion des pratiques d'hygiène, l'efficacité accrue des diagnostics précoces, les progrès thérapeutiques, entraînent une régression de certaines affections . Par contre, l'urbanisation accélérée et les contraintes qu'elle impose, les excès alimentaires, les pollutions , la multiplication des accidents, l'augmentation de la longévité ... ont des conséquences inverses . Une statistique française sur les nombres de cas de maladies de longue durée pris en charge par la Sécurité Sociale et

(x) *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale, n° 8, Déc. 1962.*

réparties suivant un certain nombre de groupes de diagnostics est significative. Les chiffres, ne concernant que les cas pathologiques graves, montrent l'évolution qui s'est produite en 6 ans seulement de 1956 à 1962 :

Affections	Pourcentage	
	1956	1962
Tuberculose de l'appareil respiratoire	34,70	18,50
Tuberculose autres formes	4,05	2,49
Syphilis et séquelles	0,29	0,11
Tumeurs malignes	10,53	14,95
Diabète sucré	0,99	0,82
Psychoses psycho-névroses	11,22	15,51
Système nerveux	3,08	3
Rhumatisme articulaire aigu	0,53	0,34
Cardiopathie rhumatismale	0,77	0,38
Artériosclérose	5,12	5,84
Hypertension et artères	3,17	3,14
Estomac-duodénum	3,06	2,35
Cirrhose alcoolique du foie	1,46	-
Autres maladies appareil digestif	-	2,04
Arthrite et rhumatisme	5,06	5,76
Autres	15,97	24,77

A une baisse nette de la tuberculose, de la syphilis et des cardiopathies rhumatismales, s'oppose un accroissement du nombre des tumeurs malignes, des psychoses et des psychonévroses, des affections circulatoires et des arthrites rhumatismales .

La morbidité est sensible au vieillissement des populations, elle est sensible à l'évolution de la Société .

Un nombre croissant d'individus qui s'adaptent difficilement à leur environnement, cherche et trouve refuge dans la maladie physique . Le nombre des affections psycho-somatiques, des troubles psychiques et psycho-névrotiques augmente . Chacun ressent les conséquences néfastes sur la santé et le bien-être, de facteurs aussi divers que l'entassement dans les grands ensembles urbains, les longs transports entre son lieu de travail et son logement, l'effritement familial provoqué par l'activité professionnelle des parents, ou le sentiment d'insécurité professionnelle dû à la restructuration des entreprises et à l'adaptation au progrès technique .

Le médecin doit-il se contenter d'exercer son action par la seule application des techniques médicales ou doit-il au contraire chercher à étendre son influence sur le monde extérieur, en tenant compte du fait que, parmi les facteurs psycho-pathogènes, certains sont du ressort de l'éducateur, de l'architecte, ou de l'entrepreneur ?

CHAPITRE III
L'ALTERATION DU MILIEU NATUREL

Un danger menace encore la santé des citoyens de l'Europe de demain : l'altération du milieu naturel . La pollution atmosphérique apparaît comme la conséquence de l'industrialisation et de la concentration urbaine . En Grande Bretagne comme en France, il a été démontré qu'il existe une relation entre la fréquence du cancer broncho-pulmonaire et la densité d'urbanisation . La pollution de l'eau par les déchets industriels , les bateaux, les pesticides et les détergents; de même que la réduction des espaces verts, posent des problèmes de santé qu'il est urgent de résoudre .

Il est de plus en plus évident que la sauvegarde de la santé des hommes ne concerne pas seulement le médecin mais encore le promoteur, l'industriel, le fabriquant d'appareils de chauffage, de détergents, de pesticides . Les pouvoirs publics doivent intervenir . Les américains ont parfaitement compris qu'il fallait donner au Ministre de la Santé Publique des pouvoirs très étendus et très directs . En Juillet 1967, le Sénat Américain par 88 voix contre 0 a approuvé le projet de loi donnant au Ministre la possibilité d'ordonner la fermeture des usines et l'arrêt du trafic automobile .

Sur le plan européen, le traité de l'Euratom contient des dispositions concernant la protection contre les radiations ionisantes . En Mai 1969, un programme

général a été adopté pour harmoniser les législations qui imposent des normes de sécurité sur un grand nombre de produits de consommation, de véhicules ou de biens d'équipement pour supprimer les obstacles à la libre circulation des marchandises dans le Marché Commun . Le Conseil de l'Europe a approuvé le 6 Février 1970 une première directive concernant le niveau de bruit et le système d'échappement des véhicules à moteur . Une deuxième directive , se rapportant à la pollution de l'air par les gaz d'échappement a été approuvée le 20 Mars 1970 .

D'autres directives sont en préparation au sujet des tracteurs agricoles, des engrais, des préparations dangereuses, des détergents et des pesticides . Mr. SPINELLI, Membre de la Commission des Affaires Industrielles de la C. E. E., a l'intention de proposer un plan d'ensemble concernant la protection de l'environnement dans la Communauté . Il prévoit la coordination des recherches très coûteuses, une taxation dans le domaine de la pollution . Monsieur TOULEMON Directeur Général des affaires industrielles de la Commission de la C. E. E. écrit : "Aucune tâche, sauf bien entendu les efforts en vue de prévenir une guerre atomique, n'est plus importante que celle qui consiste à protéger l'équilibre miraculeux qui a permis le développement de la vie et l'expansion de notre espèce à la surface de la terre . De même que la sécurité collective, la protection de l'environnement ne pourra s'accommoder longtemps du maintien de la souveraineté absolue des Etats . Il convient de préparer la voie à une meilleure organisation du monde dans ce domaine comme dans bien d'autres . C'est là une tâche à long terme ..."

On le voit, la sauvegarde de la santé n'est pas l'œuvre des seuls médecins et concerne finalement chaque citoyen .

CHAPITRE IV
IMPORTANCE ACCRUE DE LA PREVENTION

Guérir les malades, reculer le terme de la mort, restent les fonctions essentielles de la médecine, mais la prévention prend une place de plus en plus importante . Sans parler de la pollution, l'efficacité des vaccinations (en particulier le B.C.G.), les progrès statistiques permettant de définir des facteurs de haut risque , une meilleure connaissance de certains processus pathologiques et des moyens de les enrayer ou de les freiner , une pratique de plus en plus étendue des bilans de santé et d'une recherche des maladies à leur stade infra-clinique, où la thérapeutique a le plus de chance d'agir ; donnent à la prévention une place qu'elle n'a pas encore dans l'opinion publique .

L'action dans le domaine préventif a le mérite d'être plus efficace et surtout plus économique .

La commission chargée de l'étude des maladies cardio-vasculaires pour la préparation du VIe plan écrit, à propos des affections cardio-vasculaires :
"Cette maladie étant associée au mode de vie adopté par l'homme du XXe siècle, on doit prévoir une augmentation de sa fréquence dans les années à venir, à moins que nous ne soyons capables de renverser le courant en concentrant nos recherches, comme le conseillent les Organismes précités : (O.M.S. et Société Internationale de Cardiologie) sur l'étiologie , la pathogénie et la prévention des cardiopathies ischémiques" (x)

(x) *Pour une politique de la santé, T. I, p. 186.*

En matière de péri-natalité, une meilleure organisation de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement pourrait réduire la nombre des décès et des handicapés . D'après Mr. THIEFFRY : "Parmi les 800.000 enfants handicapés qui vivent actuellement en France, les infirmes moteurs cérébraux, qui souffrent du maximum de handicaps réunis, sont au nombre d'environ 125.000 et leur coût financier et humain pour la société est incalculable . Or, on peut affirmer que la quasi-totalité de ces infirmités est provoquée sans aucune prédisposition antérieure à la naissance par les incidents ou accidents de la période péri-natale, c'est-à-dire par des négligences souvent impardonnables et des ignorances parfois criminelles vis-à-vis des problèmes de l'obstétrique et du nouveau-né" (x) .

La prévention dans le domaine des maladies infectieuses parasitaires est mieux connue . Règles d'hygiène, éviction scolaire, vaccinations . Une extrême diversité règne d'ailleurs dans les pays de la communauté en matière de vaccinations . Parmi les six, seule la France exige la vaccination contre le tétanos . Le B. C.G. n'est pas obligatoire en Italie, République Fédérale Allemande et les Pays-Bas, sauf pour certaines catégories socio-professionnelles particulièrement exposées à la tuberculose . On vaccine contre la diphtérie en France , Allemagne, Pays-Bas, Italie . La vaccination antivarioli-que est obligatoire dans les six Pays . Les calendriers de vaccination diffèrent ainsi que la nature de l'obligation et la responsabilité de l'Etat dans le cas d'accidents post-vaccinaux . Une telle diversité ne peut être maintenue au sein de la communauté, sinon la libre circulation des personnes va créer une multitude de difficultés et complexités inutiles . Il faut donc envisager des mesures qui pourraient comprendre en premier lieu la standardisation des vaccins, l'établissement d'un calendrier unique et la création d'un certificat européen de vaccination valable dans toute la communauté .

(x) *Pour une politique de la santé, T. I, p. 19.*

Sans pouvoir espérer la suppression des accidents du travail (300.000 hospitalisations par an en France), de la route (15.000 morts et 300.000 hospitalisations par an en France) et du domicile, les pouvoirs publics s'efforcent de les limiter . Les accidents touchent surtout la portion active de la population . Le rapport Baumel présenté en 1970 montre là encore que la prévention d'accidents de la route en aménageant le réseau routier serait plus économique que le traitement des blessés .

CHAPITRE V

L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE DE SOINS

L'élévation du niveau de vie contribue à augmenter la demande de soins . Les hommes se préoccupent davantage de leur santé et de leur bien-être et sont de plus en plus exigeants sur les moyens de les sauvegarder . Ils ne se résignent plus devant la maladie . Ils font facilement appel à une médecine qui possède des moyens efficaces pour guérir et prévenir de nombreuses affections . Mais guérir et prévenir les maladies ne sont plus les seuls buts de la médecine . Les gens recourrent au médecin dans beaucoup de circonstances qui ne concernent pas la maladie et la souffrance . L'usage des psychotropes le prescription de la "pilule" en sont autant d'exemples . Les gens s'adressent à la médecine non seulement pour trouver la guérison, mais aussi pour chercher un certain confort physique ou psychique ; pour mieux maîtriser leur vie, être plus actifs, plus libres .

ooo

Ainsi la population de l' Europe des dix comprend une proportion de personnes âgées, de plus en plus importante . Ce vieillissement de la population a pour corollaire une augmentation du nombre des maladies chroniques, des affections cardio-vasculaires, des cancers , des rhumatisants ...

Si les maladies infectieuses et parasitaires sont en régression, un nombre croissant d'individus s'adaptant difficilement à son environnement se réfugie dans la maladie, physique, psychosomatique ou psychonévrotique .

Dans ce domaine, de même que dans celui de la pollution, on constate que la sauvegarde de la santé dépasse de beaucoup le domaine traditionnel de la médecine . Les professions médicales ne sont pas seules concernées . Enfin, l'efficacité croissante de la médecine, l'élévation du niveau de vie, la généralisation de l'assurance maladie font que les hommes se soignent davantage. Ils recourrent de plus en plus au médecin, non seulement pour qu'il les guérisse, mais aussi pour qu'il leur assure un certain confort physique et psychique . La demande ne fera que croître dans les années à venir .

TROISIEME PARTIE

EVOLUTION DE LA PROFESSION MEDICALE

Quels sont, devant les besoins que nous venons de détailler, les artisans de la santé ? De même que les besoins changent, la profession médicale évolue . Issue de la prêtrise, la médecine est devenue de plus en plus scientifique . La médecine généraliste , la plus traditionnelle forme d'exercice de l'art de guérir, connaît une crise d'adaptation . L'évolution des techniques et le développement des connaissances a rendu nécessaire la spécialisation de certains membres du corps médical . La médecine salariée attire de plus en plus de monde .

°°°

CHAPITRE I
RAPPELS HISTORIQUES

Dans la plus haute Antiquité médecine et prêtrise se confondent . L'homme impute son mal à des esprits malveillants, et tente de les chasser par des exorcismes . A Babylone, en Egypte, en Gaule, des prêtres contrôlent la médecine . En Grèce, les temples d'Esculape se transforment progressivement en universités ayant leur doctrine et leurs traditions . Hippocrate est le premier à s'être attaché à l'observation concrète des symptômes , au lieu de chercher l'origine de la maladie, dans des principes doctrino-philosophiques .

A Rome, Galien excelle dans la préparation des plantes officinales . C'est surtout parce qu'il est théologien et qu'il défend que la vie émane de Dieu, qu'il dominera tout le Moyen-Age .

Au Moyen-Age, la médecine sera consacrée à la charité plus qu'à la recherche . Des écoles de médecine sont annexées aux monastères où exercent des moines médecins, des frères infirmiers, des frères apothicaires . Des médecins; laïcs de renom vont apparaître . La Faculté de Salerne est créée en 850 par des laïcs , celle de Montpellier en 1220 par le pape Honorius III ; d'autres vont se créer . Beaucoup de ces facultés sont alors sous tutelle ecclésiastique mais vont bientôt faire preuve d'indépendance .

Avec la Renaissance, la médecine va faire de nouveaux progrès, grâce encore à l'observation . La dissection des cadavres qui avait jusque là rencontré une hostilité farouche, va être autorisée à Bologne en 1230, à Montpellier en 1375; elle permettra à l'anatomie de naître . Ceux qui tentent de faire progresser la médecine rencontrent bien des hostilités . A partir de 1543, Vesale, Chirurgien Belge, publie des études d'anatomie , détruit bon nombre de mythes, et rectifie les erreurs . Il s'attire la colère des médecins dominés par l'esprit de Galien . Les calvinistes brûlent le Docteur Servet pour avoir défendu que le sang passe d'un côté à l'autre du cœur par l'intermédiaire des poumons . En 1522, le Docteur Wertt de Hambourg voulant étudier la gynécologie et l'obstétrique se déguise en femme pour assister à un accouchement . Reconnu, il est brûlé vif .

°°°

Progressivement, la profession médicale s'organise . Jusqu'au XVIIIe Siècle, trois types de praticiens se partagent l'art de guérir, le médecin universitaire prescrit des médicaments et donne des indications thérapeutiques ; toute manipulation est indigne de lui sauf l'examen du pouls . Les chirurgiens à robe longue soignent les plaies par emplâtres . Ils se gardent bien des opérations sanglantes craignant les vengeances des malades mécontents . Ce sont donc les chirurgiens à robe courte considérés comme des valets qui font les opérations et les saignées .

Les chirurgiens rejetés des universités en 1268 vont créer à Paris un collège de chirurgie indépendant, la confrérie de St Côme et de St Damien, qui délivre une licence d'opérer . En 1768 ce collège sera rattaché à l'université, à côté de la faculté de médecine décadente .

Une règlementation de la profession va se dessiner dès le XVIe siècle ; les médecins européens ne peuvent pratiquer que moyennant un diplôme sanctionnant des études allant de 4 à 9 ans . Des associations médicales apparaissent pour surveiller l'exercice de la profession . Henri VIII fonde en 1518 le "Royal College of Physicians" . L'Allemagne crée son "Collegium Medicum".

La Révolution Française décidée à anéantir l'aristocratie médicale, proclame par le décret du 17 mars 1791 la liberté de la profession médicale . Les lois du 19 ventose et 21 germinal an XI (1803) créent les officiers de santé, super-infirmiers ou médecins de 2ème classe, chargés des premiers soins . Ils vont exercer au milieu de grandes boucheries Napoléoniennes et combleront le vide créé par l'émigration des médecins . Mais, dès 1808, Napoléon transforme les écoles d'officiers de santé en facultés .

Au XIXème siècle, les différentes branches de l'art de guérir tendent à se fusionner . La prise de conscience de la nécessité d'une formation de base commune provoque cette fusion . En Belgique la loi du 15 juillet 1849 crée un diplôme unique de "Docteur en médecine, chirurgie et accouchements" . L'Allemagne en 1872 unifie les fonctions et formations des médecins et des chirurgiens . La France le 30 novembre 1892 supprime les officiers de santé en laissant subsister une forme d'officier de santé dans le domaine dentaire . Dans la plupart des pays européens, deux secteurs de l'art de guérir seulement échapperont à la fusion : la dentisterie et la pharmacie .

L'obligation d'une formation médicale pour les dentistes est pourtant apparue à plusieurs reprises mais la règlementation a fait marche arrière pour des raisons d'ordre essentiellement pratique . Ainsi la Hollande après l'avoir exigée en 1865 y a renoncé en 1876 . Actuellement l'Italie, l'Autriche, l'Espagne, demandent la qualification de médecin pour les soins des dents et de

la bouche . Les autres pays européens ont donné à leurs dentistes une formation de plus en plus poussée , mais sans aller jusqu'à l'exigence de la qualification de Docteur en médecine . Quant à la pharmacie, elle s'est progressivement détachée des médecins et actuellement elle connaît un développement technique qui la fait entrer dans la catégorie de l'industrialisation .

Ainsi la médecine s'est progressivement affranchie du domaine religieux et du mystère . Elle a progressé chaque fois que les médecins ont préféré l'observation de l'être humain à un dogmatisme figé . Les garanties de formation et d'éthique , le monopole des médecins en matière d'art de guérir sont venues protéger les patients des charlatans . L'Allemagne reconnaît encore aux guérisseurs patentés le droit de soigner et de traiter mais non d'user du titre de médecin . S'agit-il d'une survivance du passé ou d'une réponse à un besoin de mystère, de magie, que méconnaît parfois une médecine trop scientifique ?

CHAPITRE II

LES EFFECTIFS MEDICAUX DE L'EUROPE DES DIX

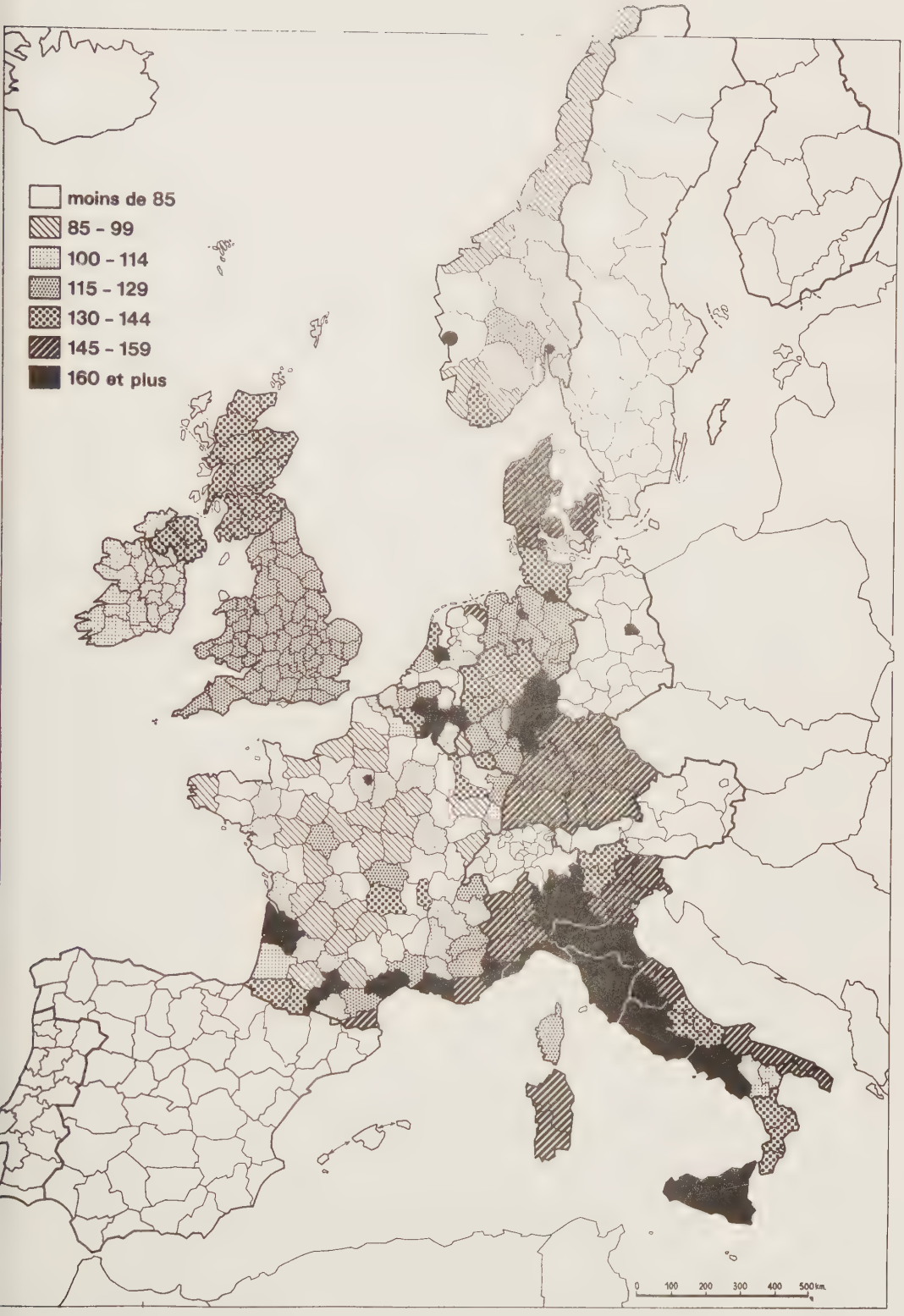
Comment aborder l'étude de la profession médicale, aujourd'hui, dans l'Europe des Dix ?

Après avoir précisé les effectifs médicaux, nous étudierons les grandes fonctions de l'art de guérir : les Omnipraticiens, les Spécialistes, les médecins salariés.

°°°

En 1972 l'Europe des Dix comprend un peu plus de 350.000 médecins, soit une densité globale de 145 médecins pour 100.000 habitants, grâce en particulier à l'Italie. L'Italie avec l'odontologie (168 médecins pour 100.000 habitants) vient en tête devant l'Allemagne Fédérale et la Belgique (154) suivis du Royaume Uni, de la France et de la Hollande (124). Il existe à l'intérieur de chaque pays de grandes variations régionales comme le montre la carte publiée récemment dans le concours médical (Juin 1972), (voir page n°35). La densité médicale est nettement plus élevée dans les villes.

On note une attirance pour les villes de faculté . Ces effectifs sont-ils suffisants ? De nombreuses causes font que le besoin en médecins ne cessera de croître dans les années à venir . L'accroissement de la population, l'augmentation de la proportion des personnes âgées, l'augmentation de la demande de soins médicaux, la généralisation des examens de dépistage, l'accroissement de la spécialisation, l'accroissement du temps d'étude et de formation des médecins, la proportion de plus en plus importante de femmes dans le corps médical, l'augmentation du nombre de médecins n'ayant pas d'activités de soins, sont autant de facteurs qui rendent nécessaire, sous peine de régression, l'augmentation du nombre des médecins . A l'occasion d'un Symposium organisé à Budapest par le Bureau Régional de l'Europe de l'O.M.S. du 15 au 19 Octobre 1968, les représentants de différents pays se sont fixés comme objectif des effectifs supérieurs aux effectifs actuels . Les Pays-Bas se fixaient un objectif de 180 médecins pour 100.000 habitants pour un terme mal précisé . Le représentant de la Grande Bretagne préconisait un objectif de 200 à long terme . La Belgique espère trouver un équilibre vers 1980 avec 200 médecins pour 100.000 habitants . Les U.S.A. estimaient leurs besoins pour 1975 entre 170 et 185 . En France, le C.R.E.D.O.C. en 1965 dans une étude "Perspectives d'évolution du corps médical de 1965 à 1980, estimait les besoins pour 1975 à 175 . Les possibilités réelles ne dépasseront guère 130 . On peut donc fixer comme objectif souhaitable à court terme pour l'Europe 180 médecins pour 100.000 habitants, au moins . Lorsqu'on considère que la France comptait en 1901 39 médecins pour 100.000 habitants, on voit l'expansion qu'a pris le corps médical .



M. 10 Effectifs médicaux, par région, pour 100.000 habitants. 4815

CHAPITRE III

LA MEDECINE GENERALISTE EN CRISE ?

La médecine praticienne exercée par les généralistes constitue la fonction la plus ancienne et la plus traditionnelle . Pourtant au cours des 15 dernières années, l'évolution du progrès médical, de la technologie et l'attrait croissant de la population pour la médecine spécialisée et technique, lui a fait connaître une crise grave . On a pu craindre sa disparition . Un nombre croissant d'étudiants ou de généralistes déjà installés se spécialisait , ou bien, optait pour une médecine salariée. Cela ne répondait pas seulement à un besoin, mais traduisait la désaffection des généralistes pour une forme de médecine par trop ingrate . Le généraliste, au moins en France, apparaît comme un sous-produit d'une formation axée sur les carrières hospitalières . Formé dans le cadre de l'hôpital par des hospitaliers, il se trouve confronté à une vie pour laquelle il a été mal préparé .

°°°

Quelles sont en effet les fonctions qui lui incombent ?

Il assure les soins courants, ou soins de premier secours . Ces soins concernent l'ensemble de la pathologie courante dans laquelle il faut classer la multitude des troubles fonctionnels ou d'origine psychosomatique, les inadaptations de toute nature . La situation du généraliste lui confère une compétence particulière pour

soigner ces troubles . Si cette tâche est mal assurée , elle provoque l'encombrement des échelons lourds de l'organisation sanitaire, et par là un gaspillage économique . Le généraliste comme médecin de quartier est une présence sécurisante . En tant que médecin de famille il connaît l'histoire, l'environnement de son patient et peut jouer un rôle important dans la prévention, la réalisation d'examens périodiques de santé qui peuvent être confiés par lui aux spécialistes ou aux hospitaliers . Il peut avoir une influence très importante en matière d'éducation sanitaire . Comme médecin traitant, il prescrit des traitements . Connaissant son malade, il peut adopter des prescriptions formulées par des spécialistes . Comme "conseil" de santé ou médecin de synthèse il oriente ses malades vers les spécialistes ou les établissements de soins et à l'arrivée interprète les avis recueillis et apparaît comme le véritable "architecte de la santé" .

Dans les classes sociales les plus évoluées de la société, on assiste à une revalorisation du généraliste, détenteur de la confiance de ses malades et chargé d'orienter ceux-ci dans le dédale des techniques médicales . Cette fonction d'architecte de la santé demande du temps, une certaine disponibilité d'esprit, donc une organisation et nous le verrons, une formation .

°°°

Les généralistes sont pour la plupart soumis à un travail astreignant : 53 heures environ de travail par semaine en moyenne, auxquelles il faut ajouter 8 h. 20 de formation post-universitaire, de courrier et de comptabilité, sans parler des gardes . Appelés n'importe quand , pour n'importe quoi, il leur est difficile d'organiser leur temps, d'examiner à fond les malades, d'écouter les psychopathes, d'avoir une vie familiale .

Les généralistes attachés à cette forme de médecine s'efforcent d'organiser leur profession .

La médecine de groupe s'impose de plus en plus comme la seule organisation viable pour l'omnipraticien . Elle permet au médecin d'être moins seul face à ses responsabilités . Il trouve dans le groupe un sentiment de sécurité, une émulation permanente . Une meilleure organisation de son travail, lui donne plus de disponibilité vis-à-vis de ses malades, ou pour un recyclage éventuel . L'équipe peut plus facilement procéder à des investissements matériels utiles . Les services de personnel para-médical; secrétaires, infirmières, libèrent le médecin, le rendant finalement plus disponible pour ses malades, sa famille . Les patients savent qu'ils peuvent s'adresser au groupe et qu'il y aura toujours quelqu'un de disponible pour les recevoir, répondre à leur anxiété . Cette forme d'exercice de la médecine qui ne va pas sans poser de nombreux problèmes, paraît être l'idéal autant du point de vue des malades que du médecin . Pour cette raison elle tend à se généraliser . Cette transformation demande une adaptation des généralistes à une médecine moins individualiste . Déjà, il est de plus en plus obligé d'avoir recours aux services des spécialistes des hôpitaux, qui possèdent un matériel et des qualifications qu'il n'a pas . La clientèle doit pareillement s'adapter , accepter notamment les soins du médecin de garde, en cas d'urgence .

°°°

Une formation particulière du généraliste aux tâches qui seront les siennes s'impose . Mais si tout le monde est d'accord sur le principe, on sent de nombreuses réticences d'ordre économique . On peut concevoir cette formation spécifique sous forme d'une spécialisation omnipraticien . La formation pratique devant se faire, cela est évident, dans le cadre de la médecine générale . Actuellement le stage de l'étudiant chez le praticien

tend à s'instaurer dans les pays du Marché Commun . La Hollande exige déjà une formation complémentaire . En Allemagne une formation complémentaire facultative de 4 ans est en vigueur dans presque tous les landers . Elle donne droit au port du titre d'omnipraticien . En Belgique, les organisations professionnelles ont créé une "académie de médecine générale" pour discerner un titre reconnu, aux médecins qui ont subi une formation professionnelle spécifique . Les omnipraticiens Autrichiens ont droit à une formation obligatoire de trois ans . En Suisse, une formation non obligatoire de 5 ans donne droit au titre de spécialiste en médecine générale .

En France, la circulaire du 29 mars 1972 des Ministres de la Santé Publique et de l' Education Nationale, envisage d'affecter des stagiaires dans des cabinets de groupe ou chez les omnipraticiens pour leur stage de fin d'études . Le problème du stage de l'étudiant chez le praticien a été souvent soulevé en France . Notamment lors de réunions organisées par l'Association Nationale d'Etudiants en Médecine de France, en présence de représentants du Conseil National de l'Ordre, des Ministres de l'Education Nationale et des Affaires Sociales, des organisations syndicales des médecins . En France, les préfets ont eu la possibilité d'autoriser des étudiants à assister des médecins pour faire face à l'afflux de vacanciers, ou en période d'épidémie . Mais l'arrêté préfectoral ne doit être signé qu'après examen du contrat par le Conseil Départemental de l'Ordre . Le conseil de l 'Ordre est favorable à une association temporaire pour la durée des vacances . Cela constitue déjà une transition avec le remplacement pur et simple .

L'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens et le Comité Permanent des Médecins de la C. E. E. ont pris position en faveur d'une formation propre de l'omnipraticien d'au moins deux ans (C. P. 172/69 276/70 et S. T. A. 145/67) . Le Parlement Européen y a fait écho (J. O. des communautés Européennes du 4 août 1970 n°C 101) mais il ne considère pas cette solution comme

adéquate et estime que la solution de ce problème doit être trouvée seulement "par la réorganisation de la formation et du perfectionnement professionnel" . Les pouvoirs publics s'inquiètent des investissements en énergie et structures et tendent à réagir ; soit en remplaçant les généralistes par des officiers de santé, soit en réformant les études médicales : à l'issue d'un tronc commun plus court, on orienterait les étudiants vers la médecine générale ou la spécialité . Nul n'osera affirmer que la formation d'officiers de santé , sortes d'infirmiers supérieurs, aille dans le sens d'un progrès médical . Si elle se justifie, pour répondre à une carence en médecin (ce qui était le cas en France après la Révolution et ce qui était le cas en Russie) . Ce n'est qu'une mesure palliative . Les Russes sont en train d'abandonner cette solution . On peut admettre que l'orientation se fasse plus tôt au cours d'études médicales vers telle ou telle forme d'exercice de la profession . Deux conditions seront à respecter : une formation commune de base étendue qu'il sera difficile de comprimer en peu d'années ; une formation complémentaire suffisante, pratique, c'est-à-dire conférant un rôle actif à l'étudiant . Une formation insuffisante ne peut que multiplier les erreurs, les errements de spécialistes en spécialistes, les examens . Finalement, on risque de payer bien cher une médecine hésitante et peu efficace . Dans le cadre d'une revalorisation de la médecine générale et d'une formation adaptée, il faut admettre que les généralistes participent à l'enseignement. On peut ainsi concevoir pour l'omnipraticien une possibilité de promotion ...

CHAPITRE IV
LA MEDECINE SPECIALISEE

Le progrès médical, l'évolution des techniques ont nécessité la formation de médecins plus spécialisés dans telle ou telle branche du domaine médical .

La médecine spécialisée est en pleine expansion et jouit auprès du public d'une grande considération .

°°°

Au 1er Janvier 1968 le nombre de spécialistes qualifiés exerçant exclusivement leur spécialité était de 19.038 en France, soit 32,2 % du corps médical Français . Le rapport du VIe plan évalue à 40 % le pourcentage souhaitable . En Angleterre le nombre de spécialistes a progressé de 14 % de 1956 à 1966 . Pendant la même période le pourcentage de spécialistes est passé de 36 à 43,2 % en Allemagne Fédérale et a augmenté de 30 % en Belgique . Le taux de spécialisation du corps médical est, par ordre croissant, de 32,2 % en France, 33 % en Italie, 37 % aux Pays-Bas, 42,5 % en Belgique, 43,2 % en R.F.A. L'Allemagne a la plus forte proportion de spécialistes de médecine interne et de chirurgie . L'Italie est en tête pour le nombre des pédiatres , les

Pays-Bas pour les neuropsychiatres . Non seulement le nombre des spécialistes augmente mais encore celui des spécialités . La France connaissait 10 spécialités en 1945, elle en connaît aujourd'hui plus de 20 qui continuent à se subdiviser .

Les spécialités varient extrêmement d'un pays à l'autre du fait de leur définition, de leur nombre (16 en Allemagne contre 25 en Belgique), de la durée de leur formation (France 2 à 4 ans, Italie et Pays-Bas 2 à 5 ans, R.F.A. 3 à 5 ans; Belgique 3 à 6 ans) . L'Autorité qui décerne le titre diffère selon les pays . Tantôt il s'agit d'un organisme professionnel, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins en France, la Chambre des Médecins en R.F.A. tantôt c'est l'université comme en Italie, tantôt le ministère de la Santé Publique comme en Belgique; en Hollande c'est un organisme privé qui décerne le titre . Dans tous les pays du Marché Commun l'accès à la spécialisation est subordonné à la pratique exclusive de la spécialité . En Hollande comme en Grande Bretagne, le spécialiste est plus généralement hospitalier et consultant . Enfin, dans le cadre de l'Assurance maladie, partout, sauf en Allemagne, la qualification ouvre le droit à une augmentation des honoraires .

°°°

Cette diversité pose, au niveau européen, le problème de la reconnaissance mutuelle des diplômes ; afin de permettre la libre circulation des médecins tant généralistes que spécialistes .

L'Article 57 du traité de Rome prévoit : "Afin de faciliter l'accès aux activités non salariées et leur exercice, le Conseil, sur proposition de la commission et après consultation de l'Assemblée, arrête, en statuant à l'unanimité au cours de la première étape et à la majorité qualifiée par la suite, des directives visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres" .

Trois cas peuvent se présenter . Dans le premier, les conditions de formation étant suffisamment équivalentes, des directives de reconnaissance enjoignent aux Etats membres de reconnaître les conditions dans leur état actuel . Si dans un deuxième cas des divergences peuvent être aplanies, les directives de coordination demandent aux Etats d'harmoniser les conditions de formation . Le résultat de cette coordination sera suivi de directives de reconnaissance . Enfin, en troisième lieu, un régime transitoire peut être prévu dans le cas où le délais pour parvenir à une directive de reconnaissance dépasserait le temps nécessaire à la mise en application du droit d'établissement .

La commission a pu élaborer ainsi des propositions de directives, concernant les professions non salariées : architecte , ingénieur, médecin, dentiste, pharmacien, vétérinaire, infirmier, opticien, expert comptable ... La plupart ont été examinées par le Conseil Economique et Social et le Parlement Européen auprès duquel elles ont reçu un accueil favorable .

Aucune directive n'a cependant été arrêtée à ce jour, par le conseil, qui les examine l'une après l'autre .

La reconnaissance mutuelle des diplômes n'est pas fondée sur une "équivalence académique" mais sur une garantie suffisante de formation professionnelle, à partir de critères minima . Les critères les plus généralement utilisés sont au nombre de 5 : durée globale des années de formation, nombre d'heures total, matières obligatoires, répartition des heures par matière, conditions de stage .

Il ne s'agit pas de s'aligner sur les conditions les plus basses, mais d'assurer au minimum une certaine formation .

Pour les médecins généralistes, les propositions de directives prévoient "Un cycle de formation universitaire s'étendant sur une durée de six années d'études au moins, comprenant un enseignement théorique et pratique minimal de Cinq mille cinq cents heures" .

Pour accéder à la spécialisation; les propositions de directives prévoient : la possession du titre de médecin, un enseignement théorique et pratique, dans un centre hospitalier ou universitaire ou un établissement de soins de santé agréé, avec participation aux responsabilités du service . Les durées minimales de formation pour les spécialistes sont aussi fixées . Cependant lors de la mise en vigueur de la libre circulation, chaque Etat membre reconnaîtra comme preuve suffisante les titres, diplômes et certificats déjà accordés par ses partenaires . Il pourra cependant exiger une attestation d'un accomplissement effectif et licite dans la spécialité, pendant un temps équivalent au double de la différence existant entre la durée de la formation spécialisée de l'Etat Membre d'origine et la durée minimale de formation fixée dans les directives de la C.E.E.

En matière de spécialité la discussion des textes risque d'être longue, vu que certaines spécialités n'existent que dans certains pays, et que les durées de formation sont parfois très différentes . Ces discussions visent à s'entendre sur un minimum préalable à une libre circulation . On est encore loin d'une politique santé concertée .

CHAPITRE V
LA MEDECINE SALARIEE

La médecine salariée connaît un développement important . Les raisons en sont : l'attrait de la médecine hospitalière, avec la généralisation du "plein temps" ; le développement des actions préventives ; l'expansion des domaines médicaux extra-thérapeutiques ; les difficultés d'installation .

La France comptait en 1969, 20 % de médecins salariés . Leur proportion a doublé en moins de 20 ans . En six ans, de 1964 à 1969 , plus de 900 médecins déjà installés en clientèle, se sont reconvertis au salariat . La moyenne annuelle est de 150, et plus des trois-quarts d'entre eux sont des généralistes . On retrouve un peu partout la même évolution .

En République Fédérale Allemande la proportion des médecins de cabinet est tombée de 62 à 54 % et le pourcentage des médecins hospitaliers s'est élevé de 29 à 36 % entre 1960 et 1970 . Aux U.S.A. 20 à 30% des médecins ne sont plus en contact avec les malades .

Dans le cadre du Marché Commun l'article 57 du Traité de Rome prévoyant la libre circulation après reconnaissance mutuelle des diplômes s'adresse aux activités non salariées . L'article 48 § 4 exclut les employés de l'administration publique . Le gros problème

reste l'application des directives aux médecins hospitaliers des établissements publics . Ils sont considérés en France et en Italie, comme agents salariés d'une administration publique . On conçoit le caractère dérisoire de la libre circulation si elle exclut le secteur hospitalier . Le Comité permanent demande que les directives sur la libre circulation soient étendues aux médecins salariés, en particulier aux médecins hospitaliers . Il a obtenu que la médecine du travail soit insérée dans les directives médecins en tant que spécialité .

L'entrée de la Grande Bretagne dans le Marché Commun soulève un problème : faut-il considérer les médecins du service national de santé (98 % omnipraticiens anglais) comme exerçant une activité privée bien qu'étant rémunérés sur les fonds publics ? Il n'y a pas encore eu de réponse officielle mais il semble admis qu'on peut les assimiler aux médecins conventionnés européens . Les médecins communaux Italiens sont aussi des fonctionnaires de la santé publique .

CHAPITRE VI
LES PROFESSIONS PARA-MEDICALES

On assiste actuellement à une prolifération des professions para-médicales : Kinésithérapeutes , Orthophonistes ... Les professions veulent faire reconnaître leurs droits et leurs monopoles . Elles tentent parfois de s'affranchir de la tutelle médicale . Ainsi les opticiens dans le projet de directive des professions para-médicales se sont fait reconnaître le droit de pratiquer des examens objectifs de la vue afin de prescrire des verres correcteurs .....

°°°

L'évolution des connaissances et des techniques médicales, conduisent le médecin à avoir recours de plus en plus souvent à des confrères spécialisés . L'hôpital met à la disposition des patients des installations importantes, coûteuses et un personnel qualifié . Les professions para-médicales apportent aussi leur collaboration aux activités de soins et de diagnostic . L'acte médical associe des personnes de formations et de qualifications différentes . Il est devenu l'œuvre d'une équipe.

QUATRIEME PARTIE

LES MOYENS DONT DISPOSE LA MEDECINE MODERNE

Cette évolution des professions médicales est avant tout liée au progrès . La crise de la médecine omnipraticienne, le développement des spécialités, l'attrait de la médecine salariée, résultent en grande partie, de la mise au point de techniques nécessitant un matériel coûteux et un personnel qualifié . Certains actes médicaux ne peuvent être accomplis que dans des hôpitaux possédant des "moyens lourds" . Depuis un siècle, en effet, la médecine a progressé à pas de géant .

°°°

- SEMMELWEISS applique l'antisepsie lors des accouchements vers 1850 . PASTEUR vaccine contre la rage en 1885 . BEHRING constate l'immunité procurée par les sérums vers 1890 . DESPEIGNES en 1896 traite pour la première fois les cancers par rayons X .

- Au XXème siècle, les progrès continuent . LANDSTEINER en 1900 découvre les groupes sanguins , ouvrant la voie aux transfusions sanguines . En 1921 , CALMETTE et GUERIN mettent au point la prémunition antituberculeuse par le B.C.G. Les découvertes de l'insuline par BANTING et BEST en 1922, de la pénicilline par FLEMING en 1929 , des sulfamides par DOMAGK en 1935 , la préparation de la cortisone par KENDALL

en 1939 , ont profondément augmenté le champ d'action des médecins . Le pronostic de nombreuses maladies , a été radicalement modifié .

- La généralisation des vaccinations évite bien des maladies graves . Certaines maladies tendent à disparaître dans la mesure où se généralisent les données actuelles de la science médicale .

- De nombreuses recherches ont permis de mieux connaître les mécanismes physico-chimiques qui sous-tendent la vie, et par là, ont permis de mieux les contrôler .

- Les progrès ne se limitent pas au domaine pharmaceutique , les progrès techniques sont aussi considérables .

- L'évolution des techniques chirurgicales a contribué à augmenter encore l'efficacité de la médecine . En 1944, KOLFF construit le premier rein artificiel . En 1956, débute la chirurgie cardiaque grâce au cœur-poumon artificiel . En 1958 , MATHE réussit une greffe de la moelle osseuse . MERRIL en 1959 réussit la première greffe du rein . En 1968, BARNARD et SHUMWAY pratiquent celle du cœur .

- Non seulement les possibilités thérapeutiques se sont considérablement modifiées, mais les moyens de diagnostic se sont multipliés . L'examen clinique , sans rien perdre de sa valeur, bénéficie de l'aide de la radiologie, des techniques isotopiques, d'examens de laboratoites de plus en plus nombreux .

- L'informatique enfin s'introduit dans le domaine médical . Le monitoring , dans les unités de soins intensifs permet de réduire le délai d'intervention thérapeutique . L'informatique doit permettre de comprimer le temps diagnostique qui est encore très nettement exagéré.

En tant que mémoire l'ordinateur peut jouer le rôle d'un système collectif d'information, concernant les maladies, les thérapeutiques, les malades . L'introduction des constatations nouvelles permet une constante mise à jour . Ainsi le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique a créé, en accord avec la Commission d'Informatique , à l'Hôpital NECKER , une banque de données sur les médicaments, exploitées sur ordinateur .

- Les appareils particulièrement coûteux posent des problèmes d'investissements d'implantation rationnelle, d'utilisation optimum . L'hôpital public apparaît de plus en plus, comme le lieu d'implantation de techniques coûteuses . Ces implantations doivent correspondre aux besoins, estimés dans une politique nationale, voire européenne .

°°°

L'accroissement de la demande de soins, l'application de techniques de plus en plus nombreuses et souvent coûteuses, augmentent les dépenses affectées à la Santé .

CINQUIEME PARTIE

LE PRIX DE LA SANTE

LA SECURITE SOCIALE

Les dépenses santé représentent une proportion de plus en plus importante de budget des ménages et du revenu national . C'est un phénomène général dans les pays européens de niveaux socio-économiques voisins . La Sécurité Sociale intervient pour permettre à ses membres de faire face aux risques inhérents à la vie . Son rôle varie selon le Pays considéré . Nous verrons où en est l'harmonisation des systèmes sociaux prévue dans le Traité de Rome . Quoi qu'il en soit , une "économie de la santé" s'impose, pour utiliser au mieux les ressources dont elle dispose .

ooo

CHAPITRE I

ACCROISSEMENT DES DEPENSES SANTE , LES CAUSES

En France, selon les estimations figurant dans les comptes de la Nation, publiées par l'I.N.S.E.E., les dépenses de la santé peuvent être évaluées à 12,6 % de la consommation totale des ménages en 1970 . Chaque français dépenserait, en moyenne, environ 700 francs par an pour se soigner . Comparée en valeur aux autres consommations, la consommation médicale est équivalente au tiers de la consommation alimentaire, ou trois-quart de la consommation pour l'habitation, égale à celle d'habillement et à celle de tourisme, et supérieure de moitié à celle de la culture et des loisirs . L'I.N.S.E.E. et le C.R.E.D.O.C. (annales du CREDOC n°1 - 1967) ont réalisé conjointement une étude de la consommation hygiène et santé entre 1950 et 1965 rapportée à la consommation totale des ménages . Cette consommation qui comprend dans une proportion d'environ 15 % les soins de toilette, coiffure, parfumerie n'a cessé de croître . De 6,2 en 1950 elle est passée à 7,4 en 1955, 8,8 en 1960, 10,5 en 1965, 12,6 % en 1970 . Toujours d'après le C.R.E.D.O.C. de 1959 à 1970 c'est le poste "hygiène et santé" qui a le plus progressé dans les budgets des ménages (+ 4,3 %) viennent ensuite l'habitation (3,3 %), les transports (1,9 %), les hôtels, cafés, restaurants, les loisirs (0,7 %) . Cette évolution s'est faite principalement aux dépens de l'alimentation (-9,4 %) .

HYGIENE ET SANTE
DANS L'EVOLUTION DE LA CONSOMMATION
EN PARTS DE BUDGETS DES MENAGES

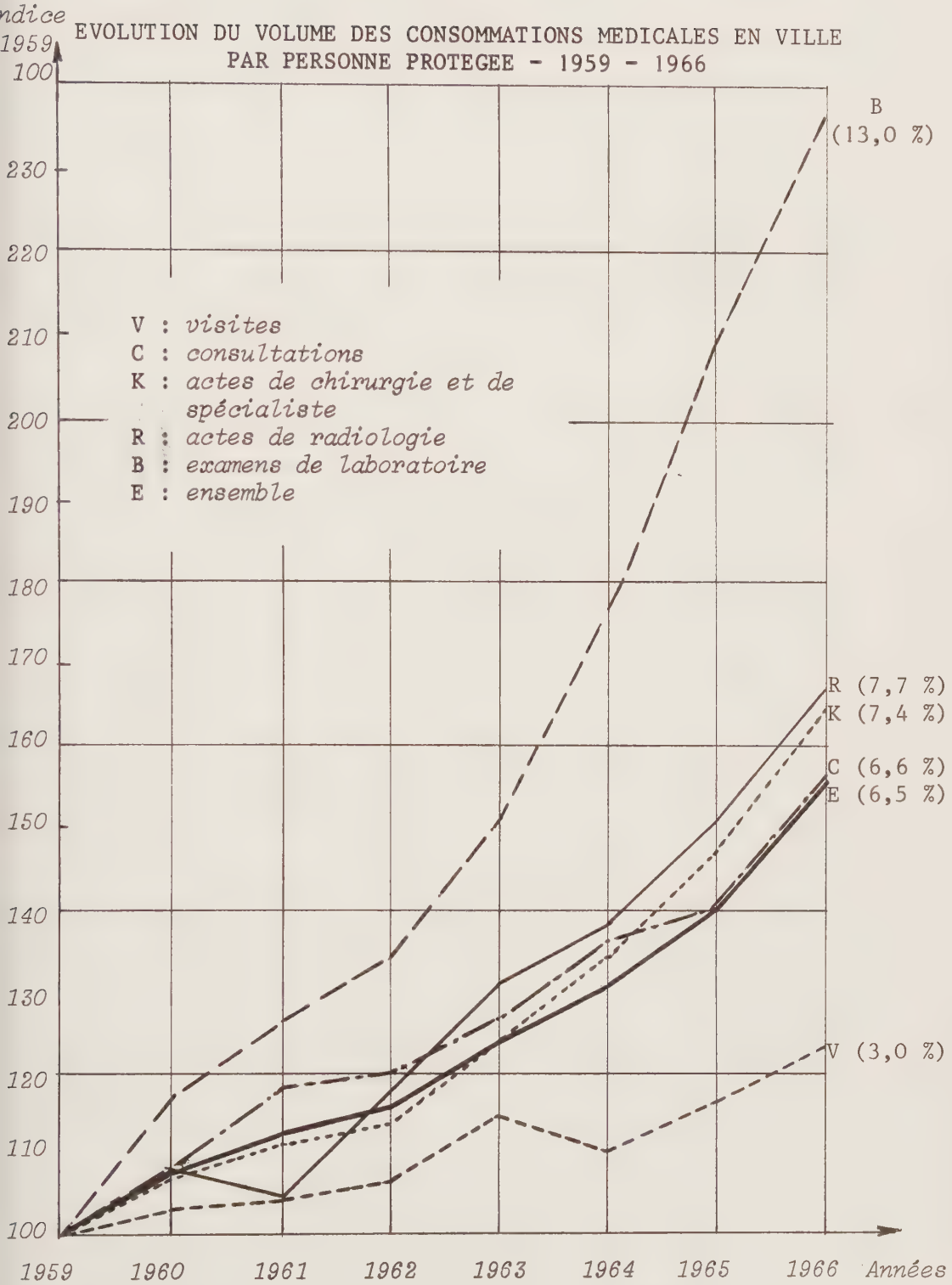
Fonctions	1959	1970
Alimentation	37,3	27,9
Habillement	11,5	9,7
Habitation	17,5	20,8
Hygiène et Santé dont : (hygiène et soins personnels) (consommation médicale)	8,3 (1,4) (6,9)	12,6 (2,4) (10,2)
Transports et télécommunications, dont : (transports individuels) (transports collectifs)	8,4 (5,8) (2,6)	10,3 (7,9) (2,4)
Culture et loisirs	7,8	8,5
Hôtels, cafés, restaurants, divers	9,2	10,2
Ensemble de la consommation	100,0	100,0

Une étude internationale de l'O.M.S., sur le coût de la santé, parue en 1967, indique que le pourcentage du produit national brut, consacré aux dépenses de santé, entre 1960 et 1963, était de 6 % au Canada, 4,8 % aux Pays-Bas, 4,4 % en France, 4,8 % en Grande-Bretagne.

Partout, on observe un accroissement des dépenses santé, selon un taux moyen de progression allant de 7 % à 17 % par an. Toujours d'après l'O.M.S., dans les pays à revenus élevés, exception faite de la Grande-Bretagne, les dépenses pour les services médico-sanitaires ont augmenté. Le taux d'accroissement est en général tel, qu'un supplément de 1 % ou davantage du produit national brut est dépensé pour les œuvres de santé, tous les dix ans. Si les tendances actuelles se poursuivent, certains pays consacreront, à la fin du siècle, plus de 10 % de leur produit national brut à leurs services médicaux et sanitaires.

°°°

Quelles sont les raisons de cet accroissement ? Une étude du C.R.E.D.O.C. parue en 1968, montre quelle a été, pour la France, l'augmentation de la consommation médicale, en ville, par personne protégée, entre 1959 et 1966. Il faut tenir compte, dans l'interprétation de ce graphique, de l'extension de l'assurance maladie, en 1964, aux allocataires vieillesse, qui a créé d'un coup 500.000 bénéficiaires nouveaux de plus de 65 ans.



(Extrait de : Structures de la consommation médicale selon les différents types d'actes (C.R.E.D.O.C. 1968)

Ce graphique montre que pour les actes "primaires"(consultations et visites)qui ne sont pas liés directement au progrès scientifique de la médecine, le taux de croissance est beaucoup moins rapide que pour les actes proprement techniques .

La consommation d'actes de chirurgie et de spécialité à connu une vitesse de croissance bien supérieure à celle des actes médicaux de base , c'est qu'elle est directement influencée par le progrès médical . Ces progrès ont permis au médecin d'intervenir dans un nombre plus grand de cas . Le coût moyen des interventions a de même augmenté . A titre d'exemple, la nomenclature en vigueur jusqu'en 1960 comptait, pour la chirurgie du thorax, 36 actes différents représentant un "coefficient" moyen de 81 (nombre d'unités de mesure conventionnelles); depuis la mise à jour intervenue en 1960, ce même chapitre compte 67 actes pour un coefficient moyen de 133.

C'est la consommation en examens de laboratoires qui augmente le plus vite . Par personne protégée et par an, le nombre de B est 25,4 et le pourcentage de croissance annuelle a été de 14,6 % entre 1962 et 1965 .

Quant aux examens radiologiques, ils représentaient en 1965 d'après Mme SANDIER (la consommation radiologique "Revue de la Sécurité Sociale Mars 1968) 2, 8 % de la totalité de la consommation médicale .

Les dépenses pharmacie de la Sécurité Sociale augmentent elles aussi . La croissances des frais pharmaceutiques remboursés de 1966 à 1970 d'après les statistiques établies par le S.N.I.P. (x) a été en moyenne de 15 % par an . Ce phénomène est universel . En Belgique,

(x) *Syndicat National des Industries Pharmaceutiques.*

de 1958 à 1965, les dépenses pharmacie ont été multipliées par 2,6 ; aux Etats-Unis, le prix moyen par prescription a augmenté de 2,3 % par an, de 1955 à 1965 .

Les dépenses hospitalières constituent la part la plus lourde des charges de l'assurance maladie et elles connaissent l'évolution la plus rapide . Cette évolution est due à la montée des prix et à l'augmentation de la consommation . Le C.R.E.D.O.C. ("consommateur" Fév. 1967) a calculé que le prix de journée des établissements hospitaliers, avait de 1950 à 1964, augmenté en moyenne, par an, de 5,1 % soit 1,4 % de plus que l'indice général des prix, à francs constants . D'après les dépenses de Sécurité Sociale, il apparaît que le prix moyen d'une journée d'hospitalisation remboursé au titre de l'assurance maladie, a un peu moins que doublé de 1958 à 1967,en francs constants . L'augmentation du prix de journée est d'autant plus forte qu'il s'agit d'un hôpital ayant un niveau technique plus élevé (prématurés, chirurgie cardio-vasculaire, rein artificiel) .

Le nombre de journées remboursées par an par personne protégée est en augmentation, il est passé de 2,7 en 1958 à 3,2 en 1967 . Le nombre d'entrées s'accroît chaque année (1.568.000 en 1949 et 2.862.000 en 1964) . La durée moyenne de séjour de chaque malade diminue (26, 8 pour 1949 contre 20, 6 en 1964) .

Les indemnités journalières constituent le poste des dépenses d'assurance maladie qui a évolué le plus lentement au cours des 20 années passées . Cependant le nombre de journées d'arrêt de travail pour maladie augmente . En 1958, l'assurance maladie indemnisa en moyenne par assuré 17, 5 jours d'arrêt de travail ; en 1960 17,3 ; en 1963 19,7 ; et en 1967 20,8 .

Les dépenses de la Sécurité Sociale par "poste" de santé montrent l'importance relative de ces différents domaines (voir tableau page suivante) .

CROISSANCE ANNUELLE COMPAREE
DES PRESTATIONS "MALADIE, MATERNITE, DECES".

	en millions de F		augmentation annuelle en %	
	1969	1970	1970/1969	moyenne 1969/1970
Hospitalisation	10.871	13.019	19,8	17,9
Frais médicaux et chirurgicaux	6.659	7.738	16,2	14,0
Frais pharmaceutiques	7.515	8.862	17,9	15,0
Soins et prothèses dentaires	1.557	1.668	7,1	11,3
Prestations en espèces	4.060	4.477	10,3	6,9
Autres prestations	491	673	37,1	19,7
total	31.153	36.437	17,0	14,5

(d'après les Comptes de la Nation 1970 , page n° 94) .

Nous l'avons déjà dit , c'est le progrès médical qui explique en premier lieu cette augmentation des dépenses santé . La mise au point et la généralisation de techniques nouvelles a augmenté le coût de la santé . Si le prix de revient d'un des services de médecine générale de l'assistance publique à Paris était en 1967 de 64,44 F., celui d'un service de néphrologie doté d'un rein artificiel atteignait 531,35 F. Un pace-maker coûte entre 4.000 et 9.000 francs ; deux mille d'entre eux sont utilisés chaque année en France . Compte-tenu de leur entretien et des soins nécessaires, une année de survie revient environ à 5.000 francs . Les opérations à cœur ouvert, pratiquées aujourd'hui entraînent une dépense égale aux cotisations de sécurité sociale maximales versées pendant 7 ans par un assuré . Le coût d'une greffe cardiaque a été estimé en Europe entre 150.000 et 200.000 francs . Le Docteur ROSCH en France, a procédé à l'analyse économique du problème de la dialyse périodique des urémiques chroniques . On dénombre chaque année 5.000 nouveaux malades atteints d'urémie à qui le traitement par dialyse offrirait une chance de survie de 5 à 16 ans . Le coût d'un tel traitement se situe entre 40.000 et 80.000 francs par an et par personne . Aux Etats-Unis, on estime qu'une greffe du rein coûte l'équivalent de 50.000 à 75.000 francs .

L'efficacité accrue de la médecine suscite l'espoir et la confiance des malades . Bien des gens, qui autrefois renonçaient à chercher une guérison ou une amélioration s'adressent aux médecins . Il n'y a pas très longtemps, le cancéreux, le schizophrène, le porteur d'une malformation cardiaque ne relevaient que très marginalement de la médecine . Les moyens de diffusion ont répandu dans l'opinion publique le mythe du "miracle de la médecine" . Le médecin qui peut tout n'a pas le droit de se tromper . Il tend à s'entourer du maximum de garanties et agissant en fonction de l'hypothèse la plus pessimiste, il demande radios et analyses qui augmentent encore le coût de la santé .

CHAPITRE II
LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE

A mesure que la médecine étendait son champ d'action, grâce notamment à des techniques nouvelles ; le médecin était amené à prescrire des traitements, à demander des examens dont le coût dépassait les possibilités de bien des ménages . La Sécurité Sociale intervient pour éviter que la détresse financière ne s'ajoute à la détresse physique ou psychique . Elle a pour but de permettre aux travailleurs de faire face aux risques inhérents à la vie . La maladie, la maternité, le décès, les accidents du travail, les charges de famille, la vieillesse, étaient jadis des causes inévitables de misère soit pour les travailleurs, soit pour les ayants-droits . L'homme frappé par le sort était réduit à un rôle de quémandeur où il perdait sa dignité . La sécurité sociale a forcé les travailleurs à être prévoyants, en les obligeant à cotiser. Déjà au Moyen-Age, certaines corporations avaient collectivisé le risque social faisant déjà intervenir le principe de solidarité entre travailleurs .

ooo

Cette prévoyance et cette solidarité organisées sont devenues indispensables pour assurer la santé de la population . Ainsi la Sécurité Sociale tend, dans tous les pays, à couvrir la totalité de la population . En Angleterre tout le monde est protégé par la Sécurité Sociale . Dans la Communauté Européenne le champ des bénéficiaires est plus restreint . Mais de plus en plus se constituent des régimes pour toutes les catégories socio-professionnelles (travailleurs indépendants ...) . En Belgique, près de 100 % des habitants sont protégés, en France et au Luxembourg (98 %) en Italie 90 à 95 % en Allemagne 87 % aux Pays-Bas 70 % .

°°°

La Sécurité Sociale est pratiquement devenue l'organisme payeur des dépenses de santé . Le malade consulte, le médecin prescrit, la sécurité sociale paye .

De quelle façon intervient la sécurité sociale dans les différents pays ?

1°- Elle assure d'abord des prestations en nature .

En Grande-Bretagne, les soins sont en général gratuits pour le malade . Une faible contribution est à la charge de l'assuré pour les médicaments . Une contribution limitée est aussi demandée au patient, pour les soins et prothèses dentaires, le matériel optique et le matériel orthopédique . Les médecins sont soumis à une condition de résidence . Les médecins du service national de santé assurent un service public , et sont payés par l'Etat, qui gère la Sécurité Sociale . Leur rémunération est complexe . Elle comprend pour le généraliste, une allocation de base par cabinet, une allocation

spéciale accordée selon l'ancienneté ou la sous-médicalisation de la zone d'exercice du médecin, un paiement par capitation (fonction du nombre de malades inscrits sur la liste du médecin), des indemnités diverses pour visites de nuit, vaccinations, etc ... Tout médecin du service national de santé est libre de donner ses soins à un malade non inscrit sur sa liste . Il perçoit alors des honoraires directs non remboursés . Les spécialistes exercent dans le cadre de l'hôpital .

Aux Pays-Bas, l'assuré s'inscrit chez un médecin de caisse . Le choix du patient est limité à deux fois par an . Les soins sont gratuits, y compris les médicaments . Toutefois s'il y a eu négligence du malade , une participation financière peut être demandée à l'assuré . Le médecin exerce dans le cadre d'un contrat type signé entre la Caisse Maladie et l'Association des médecins Néerlandais . Les généralistes sont payés tous les trimestres par capitation, c'est-à-dire selon un tarif à l'abonnement, versé directement par la mutuelle au médecin . Ce tarif est fixé par convention . Les spécialistes sont à peu près tous hospitaliers, à temps plein, ou à temps partiel .

En Allemagne, les soins sont gratuits pour les assurés sociaux qui doivent choisir leur médecin parmi les médecins agréés par les caisses . Ici, comme aux Pays-Bas, sous la pression des médecins, se dessine une tendance à réclamer une participation financière aux assurés sociaux . Cette tendance est combattue par les partis politiques . Ainsi, depuis 1970, le malade paie une partie de ses médicaments . Une ristourne est consentie aux assurés qui n'ont pas eu recours à l'assurance maladie . Les caisses pratiquent le tiers payant envers les médecins agréés, pour les salariés dont le revenu est inférieur à un plafond . Elles établissent leur rémunération en fonction du nombre des assurés et de la moyenne annuelle des prescriptions médicales . Une commission paritaire contrôle si les soins et prescriptions répondent aux impératifs de gestion de l'Assurance Maladie .

En Italie, les soins aux assurés sociaux, sont donnés dans le cadre d'une convention signée entre la Fédération Nationale des Ordres des Médecins et l'Institut National d'Assurance Maladie . Cette convention détermine les barèmes d'honoraires . L'assurance maladie pratique le tiers payant, soit en fonction d'un forfait , soit par capitation, soit, cas plus rare, par paiement à l'acte . Les médicaments figurant sur la liste officielle sont pratiquement gratuits, et ne donnent lieu qu'à une faible participation du malade, au coût de certaines spécialités . Le malade a le libre choix de son médecin .

Au Danemark existe un système conventionnel libéral . Les assurés sociaux sont classés en deux groupes . Le groupe A, dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond (correspondant au salaire annuel d'un ouvrier qualifié), reçoivent l'aide gratuite du médecin chez lequel ils sont inscrits pour un an au moins . Les soins donnés à ces malades sont rémunérés en tiers payant . Les assurés sociaux du groupe B dont les revenus dépassent le plafond versent des honoraires directs au médecin et obtiennent de la caisse le remboursement d'une large partie de leurs frais .

Pratiquement la totalité des médecins Belges exerce dans le cadre d'une convention . La participation de l'assuré aux dépenses médicales ne doit pas dépasser 25 % en médecine générale . Elle est nulle dans la majorité des interventions techniques de spécialistes ou en cas de "maladie sociale" . Le libre choix des malades est total .

Au Luxembourg, les médecins exercent sous forme libérale dans le cadre de conventions collectives . Les honoraires varient selon les revenus des assurés sociaux et sont liés à l'indice d'augmentation du coût de la vie . Le libre choix est intégral . La participation du malade aux dépenses de pharmacie ne peut dépasser 25 % .

La France est attachée à la médecine libérale, dans le cadre d'une convention respectant le libre choix et le paiement direct à l'acte . Le ticket modérateur existe , il est de 25 % du coût des actes médicaux . Le ticket modérateur est supprimé pour les maladies longues et coûteuses; il est réduit pour certains médicaments de prix élevé . En matière d'accidents du travail, les caisses pratiquent le tiers payant ...

Ainsi plusieurs conceptions s'opposent en ce qui concerne les soins médicaux .

Dans le système anglais, l'Etat assure à ses ressortissants les soins de santé auxquels ils ont droit . Il le fait grâce au Service National de Santé . C'est l'Etat qui gère la santé des citoyens . Dans le système de la médecine de caisse et du tiers payant en Allemagne, aux Pays-Bas et au Danemark et en matière d'assistance directe, en Italie il appartient aux organismes d'assurance de procurer aux personnes protégées les soins de santé appropriés . La troisième conception, en vigueur dans les autres pays se défend de toucher aux règles présidant à la distribution des soins : c'est l'assurance remboursement (avec éventuellement participation de l'assuré aux frais) . En d'autres termes, dans la première éventualité le médecin est payé par l'Etat, dans la médecine de caisse, il est payé par les caisses, enfin dans le système traditionnel, il est payé par le malade .

En fait, cette situation n'est pas aussi tranchée qu'il paraît à première vue . La France connaît la médecine de caisse (régime minier, médecine mutualiste dans les Bouches-du-Rhône ...) . De même, en Belgique les organismes assureurs ont créé des "poly-cliniques". A l'inverse, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Danemark, au-delà d'un certain plafond de salaire, le travailleur ne bénéficie plus du système du tiers payant et la médecine dite libérale lui est applicable . En Italie, l'assuré a le choix entre l'assistance directe et l'assistance indirecte.

2°- Pour ce qui est des prestations en espèces , on trouve en Europe deux tendances . La conception Britannique vise à assurer à toute la population des prestations correspondant au minimum vital . Un autre courant tend à garantir à la population active tout ou partie de son revenu professionnel pendant la période d'inactivité, cherchant à compenser un manque à gagner . C'est la tendance observée chez la plupart des partenaires européens .

°°°

Une caractéristique importante des différents systèmes de Sécurité Sociale au sein du Marché Commun, est la grande diversité de structures . La protection est organisée selon des régimes diversifiés selon les catégories professionnelles . Les régimes dits spéciaux se sont même multipliés dans certains pays à un point tel, que la question d'un regroupement en vient à se poser . La multiplicité des organismes de gestion s'explique historiquement par l'extension progressive de la sécurité sociale à toutes les catégories socio-professionnelles . Elle ne se justifie plus et complique singulièrement le dialogue entre les personnes protégées, les caisses, les pouvoirs publics et le corps médical, en vue de parvenir à des solutions sauvegardant les intérêts de chacun . La Grande-Bretagne se distingue par un système assez homogène . Deux institutions assurent la plus grande partie des prestations : l'une les prestations en nature, l'autre les prestations en espèces . Les deux institutions sont gérées directement par deux ministres . L'administration en est entièrement assurée par l'Etat . Dans les six pays, il est fait largement appel à la participation des intéressés eux-mêmes à la gestion des systèmes .

°°°

Quelle que soit l'évolution des régimes spéciaux, une autre distinction est entrée dans les mœurs, entre régimes légaux et régimes complémentaires conventionnels ou contractuels . Ce dernier type de protection s'est récemment développé . En France, Allemagne ou Pays-Bas, ils ont, en général, un caractère subsidiaire et versent des prestations peu élevées . En Angleterre, ils font partie de la loi sur l'Assurance Nationale et ont un rôle important du fait de la modicité des prestations en espèces servies par le régime de base .

°°°

Quelles sont les ressources financières de la Sécurité Sociale ?

Tout le monde sait que la contribution des entreprises dans le financement des dépenses sociales dépasse en France et en Italie, le niveau atteint dans les autres pays . Celà est dû au fait qu'en France, les contributions réclamées aux assurés sont relativement modestes, et que dans d'autres pays , la Belgique et le Luxembourg par exemple, les recettes fiscales constituent une source importante de financement pour la Sécurité Sociale .

(voir tableau page suivante)

Recettes de Sécurité Sociale en % pour 1968

Nature des recettes	Allem.	France	Italie	P.Bas	Belg.	Lux.
Contribut. employeurs	49	69	66	46	50	40
Cotisations d'assurés	31	22	17	39	23	23
Contribut. des Administrations publiques (Etats et collectivités locales).	17	7	11	6	22	28
Autres recettes dont revenus de capitaux	3	2	6	9	5	9

Dans les pays Nordiques comme le Danemark, la participation des pouvoirs publics au financement est une source beaucoup plus importante de recettes, près de 70 % . La Grande Bretagne quant à elle finance ses dépenses de Sécurité Sociale à raison de près de 50 % , au moyen de recettes fiscales . La contribution des employeurs tombe alors à 6 % au Danemark, à 30 % en Grande Bretagne . On conçoit aisément qu'une partie des taxes sur l'alcool et le tabac, en France, pourrait revenir à la Sécurité Sociale qui doit remédier à leurs méfaits ...

ooo

Comment se répartissent les dépenses de Sécurité Sociale entre les principaux risques ?

Le tableau suivant nous en donne une idée :

Répartition des dépenses
de Sécurité Sociale par fonction
(en % du total 1968)
(d'après suppl. au n°11075 des Echos)

	maladie	vieillesse inv. décès	accidents du trav.	famille	divers dont chômage
Allemagne	27	58	5	7	3
France	26	45	5	23	1
Italie	25	53	4	16	2
Pays-Bas	31	52		14	3
Belgique	19	47	5	22	7
Luxemb.	16	63	8	13	

Si l'importance relative des prestations servies en cas de maladie est assez voisine dans les six pays de la C.E.E., il n'en va pas de même des prestations servies en cas de vieillesse -décès- survie . La France vient dans ce domaine loin derrière l'Allemagne .

En matière de compensation des charges familiales, l'Allemagne est au dernier rang . La France est la mieux placée avec la Belgique .

S'il existe des différences réelles dans la répartition des dépenses, une évolution se fait vers une réduction de ces inégalités . Les dépenses de Sécurité Sociale Française en faveur des vieillards augmentent alors qu'elles ont un peu diminué en Allemagne . Par contre, dans ce dernier pays, les dépenses affectées aux charges familiales sont en augmentation sensible .

CHAPITRE III

OU EN EST-ON DE L'HARMONISATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE AU SEIN DE LA C.E.E.

Le Traité de Rome (Art. 51) entend préserver les intérêts des travailleurs migrants et de leurs ayants-droits : "la totalisation pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci,de toutes les périodes prises en considération par les différentes législations nationales ; le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des états membres". L'objectif est clair : il s'agit d'instituer une égalité de traitement entre les migrants et les nationaux . Pour les salaires, le processus est très largement engagé . Les règlements souvent révisés ont fait un progrès incontestable vers l'égalité de traitement , mais l'égalité intégrale n'a pas été obtenue . Ce travail a été fait par la " Commission Administrative des Travailleurs Migrants" . L'historique du règlement n°3, texte de base, reflète cette évolution . Il a été modifié plus de dix fois . Pour éliminer les discriminations et faire bénéficier tous les résidents nationaux ou étrangers, des mêmes droits (prestations) et des mêmes obligations (cotisations), le règlement s'est progressivement étendu à toutes les branches de la Sécurité Sociale:maladie , vieillesse, prestations familiales et accidents du travail . Depuis 1969 les prestations conventionnelles de chômage ont été intégrées au règlement n°3 . Le contenu communautaire de la Sécurité Sociale est donc plus large que l'acception française, puisque le risque chômage en fait partie .

Certaines prestations ont été exclues du règlement . Ces exclusions se justifient si elles répondent à des politiques nationales : il en est ainsi, pour la France, des allocations de maternité, instrument de sa politique démographique et des allocations de logement qui s'inscrivent elles aussi, dans une politique interne . A titre provisoire, le règlement admet le "plafonnement" que la France impose, aux prestations familiales, versées aux travailleurs, qui laissent leur famille dans leur pays d'origine . Les prestations familiales sont alors réduites pour ne pas dépasser le niveau de celles du pays de résidence de la famille .

Il existe des difficultés pour les régimes complémentaires de retraite . Ils entravent la mobilité des cadres et salariés supérieurs qui y cotisent . En effet , deux pays au moins connaissent le régime conventionnel d'entreprise . Chaque entreprise développe son système complémentaire en faveur de ses propres salariés qui sont invités ainsi, à refuser toute mobilité, même au plan national . En l'absence de coordination nationale de ces systèmes (comme cela a été réalisé en France) il ne peut être envisagé a fortiori une quelconque coordination européenne .

Les articles 117 et 118 du Traité de Rome prévoient "l'harmonisation des systèmes sociaux" et la "collaboration étroite entre les Etats membres dans le domaine social notamment dans les matières relatives à la Sécurité Sociale" ... Les tentatives d'harmonisation juridique ont porté sur des domaines considérés comme neutres . Une expérience pilote a été choisie en Juillet 1962 . La commission proposa aux états, sous forme d'une recommandation, une "liste européenne des maladies professionnelles" . Le texte contenait notamment la liste exhaustive des maladies reconnues par l'un ou l'autre des Etats et demandait à ceux-ci de compléter leur liste nationale sur cette base . Il était prévu une formule mixte, autorisant la victime à établir un lien de causalité entre son travail et son affection, si celle-ci ne figurait pas sur la liste nationale . La Belgique, le Luxembourg ont complété leur liste . La France l'a fait en 1962

et par la suite a contesté la compétence de la Commission dans le domaine social . L'Allemagne Fédérale a adopté la formule "mixte" . Forte de ce succès, la Commission convoque fin 1962 une "Conférence Européenne sur la Sécurité Sociale" . L'harmonisation ne peut dépasser le seuil technique . En 1966, paraissent des recommandations sur les conditions d'indemnisation des victimes de maladies professionnelles . Les essais d'harmonisation des définitions, comme la définition communautaire d'invalidité tournent court .

Les états membres redoutent de devoir aligner chaque type de dépense, sur le niveau le plus haut atteint, à l'intérieur de la communauté . Ils redoutent de devoir modifier le financement et le rôle de la Sécurité Sociale .

Devant cette appréhension des Etats à la pensée des bouleversements nécessaires, le Conseil a eu recours à des démarches pragmatiques . Il a pris, le 26 Novembre 1970, des décisions . La priorité a été donnée à la connaissance des phénomènes de Sécurité Sociale . Il a insisté sur la valeur des "indicateurs de la Sécurité Sociale" fruits de la collaboration de la Sécurité Sociale, de l'Action Sociale et de l'Office Statistique des Communautés Européennes . Ils essaient de caractériser les structures de Sécurité Sociale, ses dépenses, son évolution en confrontation avec les données antérieures . Un effort pour étudier ces données doit permettre aux gouvernements d'éclairer leur réflexion . D'autres recherches ont été préconisées par le Conseil, notamment l'étude de l'incidence des charges de la Sécurité Sociale, sur les prix à la consommation, et les conditions de concurrence .

Ces longs alternoiements ne doivent pas nous rendre trop pessimistes, en ce qui concerne l'avenir de l'Europe de la santé .Les structures diffèrent, mais il y a surtout aujourd'hui dans la C.E.E. des problèmes communs . La consommation pharmaceutique , le coût de

l'hospitalisation, les relations avec le corps médical , l'équipement hospitalier, le recrutement du personnel sanitaire, l'équilibre budgétaire et financier des régimes, l'augmentation des charges sociales, sont autant de thèmes d'étude qui n'ont rien d'académique . De l'étude de ces problèmes et des différentes solutions adoptées par les membres du Marché Commun, conformément aux décisions du Conseil, peut naître un travail constructif d'harmonisation . Cela d'autant plus, que si les structures diffèrent, il existe beaucoup de points communs entre pays de niveaux socio-économiques sensiblement identiques .

CHAPITRE IV

UNE POLITIQUE, UNE ECONOMIE DE LA SANTE

L'expression "économie de la santé", reflète l'idée que la santé n'est pas seulement un certain équilibre physique et psychique; mais aussi l'ensemble des moyens mis en œuvre pour l'obtenir ou la maintenir à l'échelon d'un pays et bientôt de l'Europe, dans le cadre d'une politique déterminée . Mais s'il est facile de connaître avec précision la note à payer pour prix des progrès des sciences de la santé, il est beaucoup plus difficile de mesurer les effets bénéfiques de ce progrès, pour les individus et la collectivité . L'accroissement des charges de la sécurité sociale apparaît comme la rançon inévitable du progrès . Le problème est de savoir s'il est possible de réduire la croissance des dépenses de santé, sans entraver du même coup la lutte contre le cancer ou les affections cardio-vasculaires, pour ne citer que les maladies les plus meurtrières . Faut-il renoncer aux méthodes modernes de diagnostic ? Le praticien doit-il prescrire le traitement le moins onéreux, de préférence au traitement le plus utile ? Les laboratoires doivent-ils remettre à plus tard les recherches entreprises pour découvrir un médicament qui pourra sauver des milliers de vies humaines ? Les prestations sociales doivent-elles être réduites ? Faut-il réduire d'une manière ou d'une autre la rémunération du corps médical ? Faut-il enfin renoncer au principe d'égalité devant la maladie ? Autant de questions qui soulèvent bien des passions ...

Pour réduire cette croissance des dépenses on peut limiter les équipements, réduire les sommes allouées aux différents dispensateurs de la santé . Mais le problème n'est pas de tourner le dos au progrès, ou de ne le réserver qu'à un petit nombre . Il est d'utiliser judicieusement les deniers dont on dispose . Avant toute chose, il faut savoir où passe l'argent afin de pouvoir mieux l'utiliser . Parallèlement, il faut connaître les besoins sanitaires de la collectivité, leur urgence, leur coût . En un mot, il faut une politique sanitaire .

°°°

Les rapports présentés à Monsieur BOULIN Ministre de la Santé à l'occasion de la préparation du VIe Plan, montrent les économies que pourrait nous faire faire une meilleure utilisation des connaissances médicales . Une prévention des accidents péri-nataux réduirait notablement la charge financière des handicapés de toutes sortes et de tous âges . Un aménagement du réseau routier, comme le demande le rapport BAUMEL, une meilleure organisation des soins d'urgence , devraient réduire les morts et les séquelles traumatiques des accidents . En matière cardio-vasculaire , la prévention des cardiopathies vasculaires rhumatismales par la pénicillothérapie des angines, le traitement précoce des hypertensions, la lutte contre les facteurs d'artériosclérose permettraient, tout en faisant progresser la santé , de faire des économies . Des progrès de la rhumatologie, d'une application plus adaptée des thérapeutiques, on peut escompter une réduction de l'absentéisme, voire de l'invalidité permanente qu'entraîne cette maladie . Une généralisation des soins dentaires peut éviter bien des complications infectieuses à partir d'un foyer dentaire . En matière chirurgicale, les progrès sont aussi facteurs d'économie. La chirurgie des cardiopathies vasculaires comme le rétrécissement mitral , rend les sujets à une vie active pratiquement normale . Les prothèses des hanches redonnent leur autonomie à des personnes jusque là condamnées à rester grabataires . Les greffes rénales permettent

de libérer des reins artificiels et reviennent finalement moins chers . Si les techniques de pointe peuvent paraître ruineuses, comme les greffes cardiaques, le progrès est en lui-même source d'économie . Les techniques efficaces les plus simples et les moins coûteuses finissent par l'emporter . Mais ce progrès ne va pas sans recherches, sans tâtonnements dans la mise au point de techniques de pointe . Faute de faire ces investissements ; apparemment excessifs, non immédiatement justifiés, une politique à court terme risque de faire payer très cher un état de sous-développement sanitaire . La collaboration des pays européens dans la recherche, abstention faite de tout esprit de clocher, rendra cette évolution plus rapide et moins lourde sur le plan budgétaire . Dans ce domaine comme en d'autres, un dialogue avec d'autres pays ne peut être que bénéfique à tous .

°°°

Cependant une politique santé ne doit pas viser seulement une certaine rentabilité . Son seul but ne peut être de réduire le coût des maladies et l'abstentéisme . Le bénéfice de la santé ne s'exprime pas seulement en argent . Il est des domaines qui, pour ne pas être "rentables" ne doivent pas être négligés pour autant . Les vieillards, de plus en plus nombreux, ont droit à l'aide de la nation . S'ils produisent peu, ils ont droit à notre reconnaissance . Ils ont de plus, je pense, un rôle au sein de la famille, de service peut-être physique , mais surtout spirituel . Notre monde a besoin de sages, d'écouter le point de vue de gens qui ont vécu différemment, d'autres valeurs qui a priori ne sont pas plus à dédaigner que les nôtres .

Une économie médicale doit non seulement promouvoir la santé, elle doit veiller à un bon emploi des moyens et du personnel chargés de sauvegarder la santé .

Au niveau des structures, de nombreuses actions sont souhaitables . La France a établi une carte des besoins sanitaires pour favoriser une implantation adaptée des hôpitaux . Un effort est fait pour établir la véracité du prix de journée . Dans le domaine pharmaceutique, une politique de concertation entre le gouvernement et les industries pharmaceutiques vise à calculer des prix de médicaments, plus en rapport avec la vérité économique .

Des mesures peuvent encore être prises pour abaisser le prix de revient du matériel médical, par exemple leur standardisation et leur production à grande échelle dans le cadre de l'Europe des dix .

Le progrès médical suppose que chacun tienne compte des réalités économiques . Ce qu'on demande en particulier au médecin, on doit aussi le demander à son client . Il faut donc éduquer ce dernier, lui apprendre à être économe et à ne pas outrepasser ses droits . Le ticket modérateur en ce sens lui permet de prendre conscience des sommes qu'il engage . Un effort de vérité doit enfin être fait, toujours dans le même sens, concernant l'usage que la Sécurité Sociale fait de l'argent des cotisants .

Ce profil médical a pour but d'étudier le coût des actes médicaux et le montant des prescriptions . Nul ne peut être ennemi d'une politique cherchant à établir la vérité, à analyser sans passion les besoins et les dépenses en respectant les droits de chacun . Le problème est de savoir l'usage qui en sera fait . Au Danemark, la Sécurité Sociale établit des statistiques pour chaque médecin et établit des moyennes, discipline par discipline et région par région . Si les prescriptions d'un médecin dépassent de 25 % la moyenne de sa région et de sa discipline, il reçoit une lettre attirant son attention sur ce fait .

Mais il n'y a pas de sanctions prévues ni de conséquences administratives . Il serait, par contre, inconcevable que la Sécurité Sociale impose des sanctions telles que le déconventionnement . Ce serait une ingérance dans l'exercice de la profession médicale qui engagerait sa responsabilité . On peut concevoir par contre qu'elle attire l'attention de médecins voire des organismes professionnels disciplinaires et syndicaux, sur des dépenses qui lui paraissent abusives, pour que ceux-ci puissent agir en conséquence .

°°°

La courbe des dépenses de santé paraît être une fonction exponentielle du temps . Chaque Etat du Marché Commun, quel que soit son régime social est mis devant ce problème . Ces dépenses liées à l'élévation du niveau de vie et au progrès de la médecine sont justifiées. Cependant une économie, une politique de la santé s'impose, pour organiser plus rationnellement la dispensation des soins, et tirer le meilleur parti de l'argent, dont on dispose . Si une telle politique ne peut se réduire à des préoccupations de rentabilité, il n'en demeure pas moins vrai, qu'une actualisation des connaissances médicales est dans bien des domaines, un facteur d'économie .

SIXIEME PARTIE

LE DROIT ET LA MORALE

FACE A CETTE SITUATION NOUVELLE

A - LE RESPECT DE LA VIE

La déontologie classique en Europe occidentale, d'inspiration chrétienne, est fondée sur le respect de la vie . Cette philosophie est battue en brèche par un courant de pensée, qui correspond à des préoccupations nationales ou économiques, ou à un sentiment de pitié . Le Professeur RUDOWSKI de Varsovie écrit : "L'intervention du chirurgien devient cruelle s'il s'obstine à prolonger une vie qui ne pourra jamais retrouver un but ou un sens ... Si en particulier un malade incurable veut mourir, on aurait tort de prolonger ses souffrances ... Le chirurgien a-t-il le droit de proposer une intervention entraînant une grave infirmité, sans que l'on puisse espérer que le malade redevienne jamais un membre utile de la Communauté ?" Le Professeur DUMPHY de San Francisco écrit : "Notre objectif est de soulager la souffrance et non pas de prolonger une existence inutile et intolérable" . Le problème est alors de définir ce qui fait qu'une vie est utile, ce qui lui donne un but, un sens . La réponse n'est pas la même selon les malades . Je ne pense pas que le médecin ni aucune autre instance ne puisse répondre à ces questions . Si la souffrance doit être évitée chaque fois qu'on le peut, elle n'est pas entièrement négative ; elle est susceptible d'éveiller l'esprit , lui faire entrevoir des valeurs qu'il ignore habituellement. La souffrance nous gêne parce qu'elle nous éclaire sur notre condition . Il est des vérités que l'on refuse parce-qu'elles nous blessent ...

ooo

L'Euthanasie n'est pas admise en Europe . Le code allemand se souvenant qu'elle a été pratiquée par le Reich Nazi rappelle qu'il y a des limites d'ordre supérieur à l'obéissance aux lois .

Tout le monde admet cependant que l'on ne prolonge pas les souffrances d'une personne irrémédiablement condamnée à court terme, par des traitements pénibles, dont le seul bénéfice, ne peut être que de prolonger les souffrances de quelques heures . Sinon, peut-être, dans le cadre de la recherche, de l'expérimentation, le malade étant consentant . On admet enfin l'arrêt de la réanimation d'un malade dont le cerveau est irrémédiablement mort .

°°°

Le respect de la vie avant la naissance pose aussi des problèmes : la France, la Belgique, le Luxembourg, l'Allemagne, et l'Italie, n'admettent l'avortement thérapeutique qu'en cas de péril imminent pour la mère, lié à la persistance de la grossesse . La Belgique l'admet en cas d'anencéphalie diagnostiquée au septième mois. En France, plusieurs propositions de lois voudraient étendre l'avortement thérapeutique aux cas de danger lointain pour la mère, d'aggravation d'une maladie comme une néphropathie, au cas d'embryopathie incurable diagnostiquée, après un viol . Aux Pays-Bas, l'avortement est permis par le Code Pénal, mais cet article est sans effet depuis que le HOGE ROAD a exigé que soit faite la preuve, que le fœtus vivait encore, au moment de l'avortement . Une proposition de loi inspirée de la loi anglaise d'Avril 1968 a été déposée en 1970 . Elle admet, comme en Grande-Bretagne, l'avortement en cas de danger sérieux d'ordre psychique ou mental pour la mère , en cas de risque sérieux de mettre au monde un enfant

malformé, pour des raisons d'ordre socio-économique, lorsque les conditions sociales de la mère rendent impossibles les bons soins et la bonne éducation pour un enfant à naître. Au Danemark, comme en Finlande, toute femme de moins de 17 ans et de plus de 38 ans et toute mère de 4 enfants peut, sur sa demande, obtenir un avortement, s'il n'y a pas de contre-indication médicale.

Cette disparité des lois fait que s'est développé en Angleterre un "tourisme abortif". En 1970, il y a eu 86.565 avortements en Grande Bretagne dont 10.369 sur des étrangères; 3.621 allemandes, 2.267 françaises, 1.601 américaines. Mais le Secrétaire de la Santé Britannique, compte prendre des mesures pour que Londres ne soit plus le paradis européen de l'avortement. Dans tous les pays de nombreux courants demandent la libéralisation de l'avortement.

Le problème a été soulevé le 6 août 1971 à Strasbourg, lors de l'Assemblée du Conseil de l'Europe. Les débats passionnés n'ont pu aboutir. L'unanimité n'a même pas été faite sur la liberté de vente des contraceptifs.

Il reste que dans les pays à législation la plus stricte, le nombre d'avortements clandestins et illégaux demeure très élevé. En Allemagne Fédérale, il est estimé à 500.000 à 1 million par an, en France, à 300.000 à 800.000. Aux Pays-Bas de 40.000 à 80.000 en Belgique à 50.000. En revanche, le nombre des condamnations portées par les tribunaux est extrêmement faible.

L'avortement demeure lié à une mauvaise connaissance de la contraception ...

°°°

La Stérilisation est interdite en France, en Italie . La Belgique l'admet dans certains cas de dépression nerveuse, débilité mentale mineure , sous contrôle de l'Ordre . L'Allemagne l'autorise pour des motifs médicaux, génétiques ou des cas sociaux graves . En Grande-Bretagne en 1970 sur les 86.565 avortements, 13.946 ont été suivis de stérilisation . Dans ce domaine encore, dans les pays aux lois strictes , on observe en fait une grande tolérance .

B - LE SECRET MEDICAL

Les dix Etats reconnaissent le secret médical, mais mettent sous ce terme des contenus différents . Pour certains n'est secret que ce que le malade a voulu secret . Pour d'autres, le secret est une règle absolue qui ne supporte pas de dérogations, sauf celles prévues par la loi en raison d'intérêts généraux supérieurs . Cette obligation est fondée sur le respect de la personne , de son intimité . Elle encourage le malade à se faire soigner, à faire confiance à son médecin .

- En France, le secret concerne tout ce que le médecin a pu voir, entendre, comprendre ou même déduire dans l'exercice de sa profession (code art. 7) . Il ne doit pas dénoncer son patient en particulier dans les cas d'avortements . En vertu de l'Article 61 du Code Pénal, il peut témoigner pour innocenter un tiers à moins que cela ne revienne à livrer son client . Le Médecin expert , dans son rapport, répond uniquement aux questions posées et doit taire le reste . Le médecin contrôleur doit garder le secret vis-à-vis de son administration à laquelle il ne doit que ses conclusions (Article 55) . Ce même article admet que le secret soit partagé au sein du service médical . La loi oblige à certaines divulgations : certificats

d'internements, déclarations d'accouchements, de naissances, de maladies épidémiques, de maladies vénériennes, avec dénonciation nominale du malade récalcitrant, de maladies professionnelles, certificats de vaccinations obligatoires, certificats pronuptiaux . La loi impose encore certaines divulgations dans le cas de la médecine préventive scolaire, ou du travail . Certains certificats nécessaires au patient pour la reconnaissance d'un droit, doivent être remis en main propre .

- En Belgique, la règle du secret est stricte . Code pénal art. 458 . Le délit existe, même en l'absence de préjudice . Certaines divulgations d'ordre public sont prévues . En justice, le médecin ne peut être contraint à révéler son secret , mais il peut révéler des faits secrets pour dégager sa responsabilité . Le Secret ne peut être divulgué aux services médicaux qu'avec l'accord du malade . Le médecin doit taire le diagnostic vis-à-vis de l'employeur ou de la compagnie d'assurance . Si cette assurance demande un diagnostic, le médecin peut remettre un certificat en main propre au malade .

- Le Luxembourg a, sur ce point du secret, la même position que la Belgique .

- Le médecin Italien peut être délié du secret dans le cas où le malade y consent, ou lorsque la divulgation est imposée par la loi . En matière d'assurance maladie, le médecin est tenu de divulguer systématiquement le diagnostic . Il peut invoquer le secret professionnel devant la justice .

- En Allemagne le médecin est tenu au secret vis-à-vis de la famille . Le code ne délie que le médecin agissant sur le mandat d'un tiers, que s'il informe le patient que ses conclusions seront transmises au tiers . Le médecin n'est pas tenu de parler en justice, mais peut le faire pour la sauvegarde de droits supérieurs .

- Aux Pays-Bas, le médecin peut parler devant la justice s'il le juge utile, mais il ne peut dénoncer son client poursuivi . Le secret est fondé sur l'intérêt du patient . La Société pour la Promotion de la Médecine a repoussé la notion de secret absolu . Il appartient au médecin sur cette base de décider en conscience de ce qu'il doit révéler . Devant les tribunaux, le médecin délié par le patient doit livrer le dossier . La communication à la famille est possible avec prudence . Vis-à-vis de l'équipe médicale, les renseignements utiles sont transmis sauf interdiction du malade . Il doit informer le médecin contrôleur sur ce que celui-ci aurait pu constater par examen clinique ou paraclinique ; ce dernier doit taire le diagnostic à l'employeur .

En fait, on constate que le secret médical est de plus en plus partagé, il devient un secret collectif. Si le respect du patient et sa confiance exigent du médecin le secret, les différentes lois admettent des dérogations à cette règle, dans l'intérêt du patient lui-même ou de la collectivité . Le secret persiste et même dans ses dérogations, le médecin n'est tenu de révéler que le strict nécessaire .

- L'utilisation de l'Informatique pour tenir les dossiers des malades va poser aussi le problème du secret médical . Qu'adviendra-t-il si la police a recours à ces dossiers pour connaître rapidement les blessés par arme à feu, ou les personnes qui se sont faites avorter . Que serait-il advenu si les criminels nazis avaient disposé de tels moyens pour connaître les blessés ou traquer les juifs ?

C - L'INDEPENDANCE TECHNIQUE ET MORALE DU MEDECIN .

L'indépendance technique et morale du médecin semble battue en brèche . Exerçant à l'origine sans l'intermédiaire d'un tiers, n'utilisant que des techniques simples autant pour son diagnostic que pour son traitement, le médecin a été progressivement amené à avoir recours à des techniques de plus en plus compliquées et chères . La généralisation de l'assurance maladie qui a pour souci légitime d'équilibrer son budget ; l'intervention des pouvoirs publics, de l'administration, imposée par un besoin d'organisation plus rationnelle des structures et matériels lourds, tout cela a modifié le cadre dans lequel exerce le médecin .

A l'intérieur des institutions de soins, l'indépendance technique et morale du médecin se trouve confrontée avec des nécessités d'organisation . On a essayé de faire coexister indépendance technique et subordination administrative mais d'année en année, les problèmes de plus en plus angoissants d'équilibre budgétaire ont inéluctablement amené les administrateurs à intervenir dans le domaine des décisions de dépenses, de thérapeutiques, de rendement, d'équipement médical et de personnel et par là, dans la technique thérapeutique .

Faut-il limiter la liberté thérapeutique ? La déontologie elle-même impose et admet un certain nombre de limites à ce principe général de liberté . Les limites d'ordre général ou d'éthique se situent par exemple dans le respect de la vie, l'intérêt du malade, l'utilisation de remèdes reconnus . Il s'y ajoute des restrictions dans l'intérêt public, telles celles relatives aux prescriptions de stupéfiants . Le médecin a toujours tenu compte des possibilités financières des malades . Les différents codes lui interdisent de procéder à des soins injustifiés .

Les dirigeants des caisses de maladie se sont efforcés de transformer ces obligations déontologiques et de conscience liant le médecin à son patient en des obligations contractuelles figées et automatiques entre le médecin et la caisse, accompagnées de procédures de contrôle et de limitation, de nature économique . Ainsi doit-on obtenir des caisses, des autorisations préalables à l'hospitalisation, ou à la physiothérapie . Dans certains pays, les organismes de Sécurité Sociale imposent au médecin, par des règlementations ou législations, le choix de certains moyens thérapeutiques . Plusieurs législations demandent au médecin de donner le traitement le moins coûteux, à efficacité comparable . Aux Pays-Bas, l'utilisation de médicaments qui peuvent être remplacés par des médicaments moins chers, est interdite . Leur choix peut être limité à une liste (France, Belgique, Italie, Pays-Bas) . Aux Pays-Bas, comme au Luxembourg, une autorisation préalable est nécessaire pour certaines prescriptions ...

Soucieux de sauvegarder l'indépendance du médecin dans son travail, les Ordres de Médecins, ou les organismes équivalents des différents pays, demandent que les contrats leur soient soumis .

°°°

Le Comité permanent a adopté le 29/5/70 dans sa charte, des médecins contractuels , les positions suivantes :

- Par indépendance technique, il entend la détermination personnelle des procédés, des méthodes et du temps que le médecin estime les plus adéquats pour déterminer diagnostic et traitement . Le médecin a le droit de disposer

des moyens nécessaires à l'exercice de son art, fixer les règles d'organisation, les méthodes de travail des services médicaux, fixer les besoins en personnel et sa direction .

- Par indépendance morale, le médecin a le pouvoir de prononcer son diagnostic et décider son traitement sans autre contrainte que celle de sa conscience, dans la prédominance de l'intérêt du patient sur l'intérêt du rendement économique . Cette obligation implique la primauté des obligations du médecin vis-à-vis de la déontologie sur ses obligations à l'égard de son co-contractant . Cela suppose que le médecin soit protégé contre des pénalisations (révocation par exemple) , qui pourraient résulter de l'usage effectif de ses prérogatives .

°°°

Si le médecin se doit, dans l'intérêt de ses malades de défendre son indépendance, il ne peut ignorer les répercussions économiques de ses actes . De même qu'autrefois il devait tenir compte des possibilités financières de son patient, il doit aujourd'hui tenir compte du contexte socio-économique de son pays .

Le médecin doit être libre de choisir en fonction des besoins de son patient et des données de la science, mais user de cette liberté, c'est aussi prendre le risque que son choix ait besoin d'être expliqué, défendu devant un contrôle éventuel . La liberté de prescrire doit être totale, mais ne doit pas empêcher l'éclairage de l'utilisation qui en est faite, chaque médecin devant et pouvant se défendre devant ses confrères . Ce contrôle ne peut être effectué que par la profession et non uniquement par des organismes dont les préoccupations économiques peuvent l'emporter sur les soucis sanitaires . Là encore

une politique de concertation s'impose . Le profil médical éclairera ce problème . Il pourra avoir l'avantage d'éveiller les médecins aux problèmes économiques posés par leur profession . En favorisant cette prise de conscience, il serait utile .

Cet aspect paraît plus positif qu'une attitude répressive éventuelle .

D - LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN PAR LE PATIENT

Le libre choix du médecin par le malade est admis en Europe . Cela ne veut pas dire que le choix soit toujours possible , mais ce principe a pour but de garantir au malade la liberté de dire non, de refuser de suivre une thérapeutique ou une investigation donnée . Si en France, en Belgique, au Luxembourg on peut changer de médecin aussi souvent qu'on veut, dans les pays pratiquant le tiers payant : Pays-Bas, Allemagne, le malade ne peut changer de médecin qu'un nombre limité de fois (2 fois par an aux Pays-Bas , à la fin de chaque trimestre en Allemagne) .

Cette limite est nécessaire afin de pouvoir établir des listes pour le paiement par capitation . Le problème du libre choix se pose aussi en matière de médecine de groupe ou d'équipe . Il importe qu'au sein du groupe le malade choisisse son médecin, qui le suivra régulièrement, en particulier pour les affections chroniques . Mais il faudra que le patient accepte d'être soigné par le médecin de garde en cas d'urgence . Ceci suppose une évolution de la mentalité des malades, habitués à faire appel à n'importe quelle heure à leur médecin .

E - L'ENTENTE DIRECTE ET LE PAIEMENT DIRECT A L'ACTE

L'entente directe entre le médecin et le malade en matière d'honoraires a vécu . Ce n'était pas une valeur fondamentale . La notion d'entente directe a été remplacée par celle d'entente collective . Le contrat se situe entre la profession médicale, les caisses d'Assurance Maladie et le gouvernement . L'entente directe survit encore en Belgique et au Luxembourg pour les patients à revenus élevés .

Par contre, les médecins français restent très attachés au paiement direct à l'acte . Ils en font un symbole de la relation entre le médecin et le malade . De même, au Luxembourg et en Belgique, les malades paient directement leurs médecins . Le malade paie son médecin pour le service qu'il lui a rendu . Dans le cas du tiers payant, c'est la Caisse ou l'Etat Providence qui met à la disposition des patients des médecins et qui les paie . Le médecin est à la solde des caisses ou de l'Etat pour dispenser des soins aux gens qui relèvent de ces organismes . Le malade qui a cotisé vient demander au médecin, délégué de la Société, son dû : la santé . On peut craindre que dans un tel système, le médecin se sente moins responsable, moins inventif et le malade plus exigeant, plus tyrannique . Le parti communiste et le parti socialiste français prônent la gratuité des soins .

CHAPITRE II

LA RESPONSABILITE CIVILE DES MEDECINS

Dans le domaine de la responsabilité civile du médecin, les juristes appliquent en général les principes généraux en vigueur dans le droit commun "quiconque provoque un dommage par sa faute en doit réparation" . La faute constitue la base de la responsabilité . Elle doit être prouvée par celui qui l'invoque, en l'occurence , le patient . Ici encore on observe une évolution des mentalités et des comportements . La dépersonnalisation des liens entre le médecin et les malades,le mythe de la toute puissance de la médecine; la conviction qu'en définitive c'est l'assurance du médecin qui paiera, font que de plus en plus, le médecin se voit reprocher ses échecs . Dans les pays anglo-saxons, c'est au médecin de prouver qu'il n'a pas commis la moindre inadvertance. Les tribunaux y admettent que le mauvais résultat constitue une présomption de faute . En Californie, un médecin sur 4 a été traduit en justice .

S'il existe des fautes flagrantes et des imprudences graves qui sont punissables,il est aussi des échecs qu'il est trop facile d'expliquer après coup . Le Dr. WYNEN écrit ("la conscience et la responsabilité du médecin" bulletin des médecins suisses n°1 du 3/1/68) :

"C'est dans la compréhension du patient seulement que peut se trouver la solution . En effet, une chose est certaine, la liberté, le choix du traitement par le médecin et l'acceptation de certains risques sont indispensables à la guérison du malade et au progrès médical. Les réclamations injustifiées des malades ne peuvent que pousser le médecin à limiter les risques, c'est-à-dire, à s'abstenir et à laisser tomber les bras" .

Mr. ANRYS avance la possibilité d'indemnisation indépendante de toutes fautes, comme cela existe en matière d'accident du travail .

CHAPITRE III

QUELQUES PROBLEMES LIES A DES TECHNIQUES NOUVELLES

D'autres problèmes d'éthique liés à de nouvelles techniques, se posent au médecin . Greffes d'organes, opérations transexuelles , choix des malades à sauver, expérimentation humaine, insémination artificielle, mettent le médecin dans une situation délicate .

A - LES GREFFES D'ORGANE

Dans certains hôpitaux américains, la mort des patients est planifiée, voire attendue . Au moment où le patient meurt, des équipes de chirurgiens prélèvent rapidement les organes dont ils ont besoin, pour des transplantations . Le premier problème que posent ces greffes est celui de la définition de la mort . Médecins, juristes s'interrogent depuis des années . On admet que la mort cérébrale la définit ; mais la définition de la mort cérébrale elle-même ne fait pas l'unanimité . Selon les auteurs, l'électroencéphalogramme doit être plat depuis 6 à 72 heures . En fait, aucune technique isolée ne semble pouvoir remplacer le jugement d'ensemble du médecin . L'élément fondamental qui semble retenu, est la certitude de l'impossibilité de renverser le processus, par les techniques

de réanimation existantes . Qui va constater le décès ? Au Kansas, en Italie, le constat du décès doit être fait par un autre médecin que celui qui pratique la greffe . Un troisième problème se pose, celui du consentement . En Suisse, on autorise les prélèvements dans les hôpitaux qui sont habilités à faire des autopsies . Enfin, il existe tout un travail d'organisation, voire d'information, pour faciliter les greffes, et ainsi sauver ou guérir . On touche là à des problèmes délicats . Bien des gens ne supportent pas la pensée de se voir retirer un organe dont ils n'ont pas besoin . La famille y répugne peut-être davantage encore . Il y a là un travail d'éducation à réaliser dans le respect des convictions et des sensibilités différentes .

B - LES OPERATIONS TRANSEXUELLES

Depuis 20 ans ont été pratiquées un millier d'opérations transexuelles . Il est interdit de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne sauf justification légale dans un but thérapeutique . En l'espèce , la jurisprudence hésite à trancher si rendre l'équilibre psychique au transexuel constitue un but thérapeutique nécessaire . Ces motifs psychiques sont admis en Belgique autant par l'Ordre que par les Tribunaux .

C - LE CHOIX DES MALADES A SAUVER

Le rein artificiel permet la survie artificielle de nombreux êtres . Le nombre limité d'installations et la durée de chaque épuration obligent le médecin à choisir qui sera soumis à la dialyse . Les médecins n'ont aucun appui dans la loi ou les règlements parce que les autorités hésitent à édicter des règles dans un domaine où la sensibilité de l'opinion publique est vive . Les

hôpitaux américains qui n'ignorent pas ce problème ont songé à créer une commission composée de notabilités pour désigner au médecin les malades à sauver . Mais les critères sont mal dégagés . Le rapport de l'O.N.U. "droits de l'homme et progrès de la science" s'est penché sur ce problème . Le Dr. RICHARD y propose les critères suivants :

Un terrain offrant le plus de chances de réussite , la compatibilité avec un donneur, l'intérêt social représenté par le malade . Le sujet jeune, la mère de famille, l'homme investi de responsabilités viendront en tête . Ce problème n'a pas fini de se poser, et on peut craindre qu'il se pose de plus en plus, devant des techniques coûteuses , nécessitant un matériel et un personnel importants .

D - L'EXPERIMENTATION HUMAINE

L'expérimentation humaine est nécessaire au progrès médical . Il y a toujours un moment où il faut passer à l'essai sur l'homme . Des règles dans ce domaine ont été dégagées au procès de Nuremberg du 19 au 20/8/47 contre les "médecins maudits" des camps nazis . Les monstruosités commises ont été le fait de psychopathes, criminels ou ambitieux, mais parfois aussi de professeurs d'université réellement soucieux d'utiliser ceux qui n'étaient à leurs yeux que des criminels contre la société ou des condamnés à mort . Aujourd'hui encore dans des pays très démocratiques, des professeurs suggèrent que des condamnés à mort soient confiés aux Facultés de Médecine, pour être abandonnés à la vivisection. Les règles de Nuremberg édictent que l'expérimentation doit se justifier par une nécessité absolue, et ne peut se faire que sur des volontaires informés, et entièrement libres de l'accepter, de la refuser, de l'arrêter , de façon à éviter tout dommage non nécessaire . L'expérimentation ne peut être faite que par des personnes qualifiées . La doctrine et la jurisprudence belge interdisent l'expérimentation lorsqu'elle ne comporte pas l'espoir d'une amélioration du sujet, même en cas de consentement . L'O.M.S.

craignant qu'une position trop rigide empêche le progrès a établi des directives : il faut obtenir le consentement du malade dûment informé de la nature des essais et des risques .

Si le malade ne peut donner son consentement, il faut celui du médecin traitant et du tuteur légal . L'essai ne peut être fait que dans un service équipé pour parer aux accidents, par un personnel qualifié . L'expérimentation doit cesser au premier signe de dommage . Il faudrait envisager une réparation des dommages même en l'absence de faute .

E - L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

En matière d'insémination, on distingue l'insémination intra-conjugale ou homo-insémination avec le sperme du mari, et l'insémination extra-conjugale ou hétéro-insémination avec le sperme d'un autre homme . Si la première ne pose pas de problème, la deuxième pose des problèmes d'ordres juridiques, psychologiques et moraux . La France et la Belgique y sont défavorables . En Allemagne , la 73ème Assemblée Générale de la Bundesaerzte Kammer a pris position : l'hétéro-insémination n'est plus anti-déontologique, mais elle reste déconseillée en raison des problèmes qui l'entourent .

Il faut veiller à ce que la réceptrice ne connaisse pas le donneur, que les époux soient consentants, que le donneur ait le même groupe que le père . Il n'en reste pas moins vrai que l'enfant est adultérin né de père inconnu . . .

CHAPITRE IV
LA CHARTE DE NUREMBERG

Le Comité Permanent des médecins de la C.E.E. a estimé indispensable de formuler des principes généraux communs de l'exercice de la médecine, à respecter pour tous les états membres , dans le domaine de la santé .

Les différentes commissions du Comité Permanent ont réussi à élaborer des positions communes d'abord la charte générale dite charte de Nuremberg, puis des chartes particulières, des médecins du travail et des médecins salariés .

Cette charte de Nuremberg défend le libre choix du médecin par le patient ; rappelle la règle du secret, le respect de la vie et de la personne humaine . Le médecin doit avoir une totale indépendance sur le plan moral et technique et être libre de sa thérapeutique. Les responsables de l'Etat et de la profession médicale doivent par une concertation constante établir une politique de santé . Cette politique aura pour objectif la protection de la santé de tous les citoyens . Ce droit à la santé des citoyens s'accompagne du devoir de contribuer matériellement et moralement à ces objectifs . La profession médicale doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour augmenter l'efficacité humaine et sociale de la médecine tout en tenant compte de son coût . La charte

poursuit : "le nécessaire colloque singulier entre le médecin et son malade tient compte de l'appartenance de ces deux partenaires à une communauté, condition de toute politique sanitaire et sociale . Mais entre le malade et son médecin, doit régner une confiance réciproque, fondée sur la certitude que dans son intervention, le médecin tient pour ultime valeur, la personne humaine au service de laquelle il consacre en conscience, toute sa science . Quel que soit son mode d'exercice et de rémunération, le médecin a accès aux moyens existants et nécessaires à l'application de l'acte médical ; il doit avoir le choix des possibilités concrètes qu'offrent les données acquises de la science et des techniques médicales" .

"Les médecins doivent être libres d'organiser en commun leur exercice, d'une manière répondant aux besoins techniques et sociaux de la profession, à condition que soit respectée l'indépendance morale de technique, et maintenue la responsabilité personnelle de chaque praticien .

"La profession médicale est une, quelles que soient ses modalités d'exercice ; celles-ci sont complémentaires . Elles relèvent toutes de la même déontologie bien qu'elles puissent être soumises à des conditions d'organisation différentes .

"Le respect des règles morales et des principes fondamentaux de l'exercice de la profession, est assuré par des institutions indépendantes, émanant du Corps Médical, et chargées en particulier, sous le contrôle des plus hautes instances juridictionnelles du pays, d'un pouvoir disciplinaire et de juridiction .

"Chaque médecin a le devoir moral de participer activement à son organisation professionnelle . Par le truchement de cette organisation, il participe à l'élaboration de la politique santé du pays .

"Les membres de la profession peuvent et doivent lutter pour le respect des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine à condition que soient sauvegardés les droits des malades" .

En matière hospitalière la charte demande que l'équipement hospitalier soit le résultat d'une politique sanitaire concertée entre les pouvoirs publics de la profession médicale . Les différents établissements doivent être coordonnés entre eux . Conformément à la charte hospitalière cette organisation doit respecter une autonomie de chaque établissement . L'indépendance professionnelle du médecin hospitalier doit être garantie par des statuts lui assurant stabilité de fonction et indépendance économique .

Cette charte n'a pas été retenue jusqu'à présent par les instances européennes, qui redoutent peut-être , d'accorder à la médecine une trop grande autonomie .

SEPTIEME PARTIE

CONCLUSION

Nous avons assisté, au cours du XXème siècle, en Europe, à une véritable révolution de la médecine . L'élévation du niveau de vie,la généralisation de l'assurance maladie, la foi en la toute puissance de la médecine, ont contribué à augmenter considérablement la demande de soins . Le médecin a toujours pour rôle de guérir, de soulager les maladies ; mais on fait de plus en plus appel à lui, dans un but préventif : vaccination contre les agents infectieux , détection des maladies à leur stade infra-clinique . L'homme bien portant enfin, demande au médecin de lui procurer un mieux-être ; la notion de médicament de confort, les somnifères ou les amphétamines, les contraceptifs, illustrent ce fait . Cette augmentation de la demande de soins, entraîne une croissance continuelle des dépenses santé . La mise au point de techniques de plus en plus nombreuses, complexes, y contribue . Ce fait économique apparaît ainsi, comme le fruit du progrès médical et social .

Les caisses d'assurance maladie, les Etats, voudraient réduire le coût de la santé, et sont ainsi amenés à intervenir de plus en plus dans la relation médecin-malade . Faut-il freiner le progrès ? ou bien doit-on se contenter de mieux gérer la dispensation des soins afin d'éviter le gaspillage ? Comment éviter les abus ? Doit-on préférer le respect d'impératifs économiques, à la poursuite de l'épanouissement physique et spirituel du plus grand nombre ? Où doit se limiter l'intervention des Etats et des caisses ? .....

Nous l'avons vu, l'état sanitaire d'un pays est lié à son développement économique et social . La médecine s'exerce dans un contexte économique qui la dépasse, et lui permet de disposer de moyens plus ou moins importants . De nombreux domaines, tels l'habitat, la stabilité des emplois, la pollution, l'alcoolisme, tout en influant sur la santé des gens, dépassent le cadre de la médecine et réclament l'intervention de l'Etat . L'activité du médecin apparaît comme un rouage d'un ensemble plus vaste . A la limite, c'est la société qui est responsable de la santé des citoyens et qui délègue une partie de ses pouvoirs au corps médical . Elle entend parfois s'arroger le droit d'accepter tel traitement, d'autoriser telle prescription, de délier du secret, d'avoir des informations sur l'état de santé . Que deviennent alors l'indépendance technique et morale du médecin ? On sait que les instances européennes n'ont pas encore retenu la charte médicale dite de Nuremberg . Pourtant, cette indépendance qui inquiète les états, est indispensable, pour obtenir la confiance des malades, sans laquelle, il n'y a pas de traitement possible .

Le médecin doit rester libre de prendre ses responsabilités, en fonction de ses connaissances et de sa conscience . Cette dernière, lui fait un devoir d'économiser un argent qui ne lui appartient pas . Il est normal que ceux qui paient, les patients, les caisses, les pouvoirs publics aient leur mot à dire et puissent attirer l'attention du corps médical ou de tel médecin sur des dépenses qui leur semblent excessives ou injustifiées . C'est alors aux organisations médicales, Ordres ou syndicats, d'établir le bien fondé de telles réclamations, et de prendre éventuellement les mesures qui s'imposent. L'avenir paraît être à un dialogue entre les représentants de l'Etat, les caisses, les organisations professionnelles de médecins et les patients, afin de sauvegarder les intérêts de chacun, et en définitive, ceux des patients .

Mais la médecine n'est pas seulement un problème économique . L'économie n'est que le moyen d'utiliser au mieux l'argent pour accomplir une œuvre . Pour les médecins , cette œuvre consiste à mettre à la disposition du plus grand nombre, les acquisitions de leur science, et à participer ainsi , à la réussite de l'homme, à son épanouissement physique et spirituel . Pour Mr. ANRYS : "... le médecin reste le dernier défenseur de la personne humaine et de son intimité, face aux "monstres glacés de l'état et des pouvoirs publics" . Il accepte difficilement de traiter son patient non plus en tant qu'individu privé mais en tant que potentiel économique . Il ne veut pas que son rôle social se transforme en réparateur d'un engrenage humain de la machine collective, ni être chargé de réhabiliter le plus économiquement possible et le plus adéquatement possible un être réduit au rang de producteur". (x)

(x) *Les professions médicales et para-médicales dans le Marché Commun, p. 478.*

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de 1'Université de Bordeaux II :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. L'EPEE

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 19 Septembre 1972
Le Chancelier des Universités :
PAULIAN

B I B L I O G R A P H I E

ANRYS H. - Prestation de service des médecins dans le cadre du Traité de Rome.
Médecine européenne, n°12, décembre 1970,14-19.

ANRYS H. - Les professions médicales et para-médicales dans le Marché Commun.
1 vol., Bruxelles, 1971, Ferdinand Larcier,édit. 655 p.

ANTOINE B. - Le nombre idéal des étudiants en médecine.
Suppl. Presse méd., n°30, 21 juin 1969, p.401.

BANSILLON D. - Pour une Europe de la Santé. Trente jours d'Europe. n°154, mai 1971, 34-37.

BAUPERE - L'hôpital du praticien.
Concours méd.,4 XII 1971, 93-94, 8155-8156.

BEGUE P. - Le devenir professionnel des médecins.
Semaine méd., sept. 1970, p.267 sq.

BOUISSOU R. - Histoire de la médecine.
1 vol. Paris 1967, Edit. Livre de Poche,382 p.

BREHANT J. - Crise du thermalisme en France.
Suppl. Presse méd., n°24, 17 mai 1969, p.325.

BROUN G. - Pénurie ou plétore en 1980.
Suppl. Presse méd., n°18, 12 avril 1969, p.246.

BUI-DANG-HA-DOAN - Défendre la médecine générale.
Concours méd. 20-XI-1971, 93-47, p.7728-7731.

BUI-DANG-HA-DOAN - Démographie médicale européenne, bilan et perspectives.
Médecine européenne, n°12, déc. 1970.

BUI-DANG-HA-DOAN. - Les médecins dans l'Europe unie.
Concours méd., 31-V-1969, 91-22, 4777-4781.

BUI-DANG-HA-DOAN - Les migrations internationales des médecins français.
Concours méd., 20-V-1972, 94-21, 4212-4218.

BURDON J.F. - La médecine en Grande-Bretagne.
Concours méd., 27-V-72, 94-22, 4410-4414.
" " 5-II-72, 94-6, 1051-1054.

CARO G. - La médecine en question.
1 vol. Ed. Maspero, Paris 1970.

CHABRUN - La rationalisation des choix budgétaires et les dépenses de santé.
Concours méd., 22.1.72, 94-4, 665-668.

COUDER B. et ROSCH G. - Situation,évolution et perspectives des effectifs de médecins, en France, dans les pays d'Europe et aux U.S.A.
Suppl. Presse méd.,n°7, 8 fév. 1969.

DOURLEN-ROLLIER A.M. - Avortement dans les pays du Marché Commun.
Médecine européenne, n°16, déc. 1971, 12-18.

DREYFUS G. - Origines et devenir de la médecine.
1 vol., Paris 1968, Calmann-Levy édit.

FONROJET J. - Anatomie comparée du corps médical français.
Médecine européenne, n°15, sept.1971, 39-49.

GIAUFFER R. - Hospitalisation privée et Marché Commun.
Médecine européenne, n°15, sept. 1971.

HATZFELD H. - Le grand tournant de la médecine libérale.
1 vol. Paris 1963, Edit. ouvrières.

JULIEN B. - Les médecins britanniques sont-ils des fonctionnaires ?
Concours méd., 24-VI-72, 94-26, 5141.

LAGRAVE M. - La sécurité sociale et les communautés européennes.
Médecine européenne, n°15, sept.1971, 4-13.

LAURENT J. - Réflexions sur l'origine et le développement de la charte médicale.
Confrontations (Revue méd. et scient.Choay) n°16, oct. nov. 1971, 7-11.

MALLET H. - Médecine et Traité de Rome.
1 vol. Paris 1963, Masson édit.

MICHEL C. - La consommation médicale des français.
Notes et études documentaires, n° 3584, 25.4.69, 55 p. (Publié par la documentation française).

MIGNON J. - Où en est l'Europe médicale ?
Concours méd., 6.V.72, 94-19, 3771-3779.

MONIER J. - Consommation médicale en France.
Suppl. Presse méd., n°8, 15.2.69.

NEDELEC N. - La médecine de groupe.
1 vol., Paris 1970, Masson édit.,176 p.

PALENZONA C. - Profession médicale en Italie.
Concours méd., 4.III.1972, 94-10, 1909-1917.

PRESSAT R. - Avortements.
Concours méd., 3.VI.1972, 94-23, 4605-4609.

RIBAS J.J. - Comparaison et rapports du système des prestations sociales français et des systèmes des pays voisins.
Problèmes économiques, n°1035, 2 nov.67,13-18.
(Publié par la documentation française).

SAINT-PLANCAT C. - La médecine de groupe au Danemark.
Concours méd., 20.XI.71, 93-47, 7715-7719.

TANNE G. - La médecine générale.
Cah. méd. lyonnais, T.48, n°1, 7.1.72, 65-73.

TOULEMON - Vers une politique communautaire de l'environnement.
Médecine européenne, n°14, juin 1971, 13-16.

VILLEY R. - Formation des médecins praticiens.
Suppl. Rev. Prat., 1er juin 1969.

VOYENNE B. - Histoire de l'idée européenne.
1 vol. Petite bibliothèque Payot, n°69,1964,248p.

WYNEN A. - Le comité permanent des médecins de la C.E.E.
Médecine européenne, n°12, déc. 1970,6-13.

WYNEN A. - La charte médicale européenne. Médecine européenne, n°5, mars 1969, p.8 sq.

L'activité du praticien. Médecin de France. déc. 1971, 12-19.

Un acte précurseur de la charte européenne en Belgique : création d'une commission paritaire nationale "médecins hôpitaux".
Médecine européenne, n°12, déc. 1970, 62-65.

Banque nationale d'épargne de la sécurité sociale.
(C.R. d'un projet de Mr SALTIEL), Suppl. Presse médicale,n°29,14.6.69, p.390.

Cahiers de sociologie et de démographie médicale. janv-mars 1969.

XII° Congrès national de l'A.S.N.M.G. - Reims, 11-14 mai 1972, Concours méd.,3.VI.72, 94-23, 4599-4602.

I° Congrès du Club Européen de la Santé : ouvert à Paris le 20 janv. 1972.
Le concours méd. information, suppl. au n°4, 2.1.1972.

La Convention Européenne de Sécurité Sociale vient d'être adoptée par 17 états européens.
Médecin de France, n°310, avril 1972, p.14.

Pour une coopération entre les universités européennes.
Médecine européenne, n°13, mars 1971, 5-6.

Démographie européenne.
Médecine européenne, n°16, déc.71, 5-11.

Les dépenses santé en Europe.
Médecine européenne, n°14, juin 71, 18-19.

L'eau potable aujourd'hui et demain.
Concours méd., II.XI.1971, 93-50, 8239-8224.

Etudiants adjoints d'un médecin en clientèle privée.
Concours méd.,24.VI.72, 94-26, 5133.

L'Europe médicale.
Médecin de France, n°310, avril 1972, 6-22.

L'hôpital et les courants de pensée.
Concours méd., 12.11.72, 94-7, 1274-1275.

L'hôpital de demain.
Concours méd., série d'articles parus du 13.XI.71. au 8.1.72.

L'industrie pharmaceutique.
Suppl. au n°11075 des Echos.

La médecine.
Les cahiers français n°142, mai-juin 1970, 48p. (Publié par la Documentation française).

Médecine et médecins.
La documentation franç. illustrée,n°233,janv.-fév. 1968, 62p.

Médecine d'équipe. Pourquoi ? Comment ?
Concours méd. informations, suppl. au n°5, 29 janv. 1972.

Les médecins dans l'Europe des dix.
Concours méd., 10.VI.72, 94-24.4814-4815.

Notices sur le système français de sécurité sociale.
Publié par la Documentation française, 1969.

Panorama professionnel allemand.
Concours méd., 12.11.72, 94-7, 1255-1258.

Pour une politique de la santé.
Rapports présentés à Mr BOULIN, 3 vol. La documentation française édit. Paris 1971.

Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ?
Concours méd.,18.12.71.,93-51, 8453-8460.
et 25.12.71, 93-52, 8680-8686.

Prescrivons-nous trop de médicaments ?
Concours méd.,5.11.72, 94-6, 1036-1244.

Rapport sur l'organisation des études médicales.
La documentation française, 1970, 124 p.

Rapport de la commission santé du VI° plan.
2 Vol., La Documentation franc.Paris 1971.

La reconnaissance mutuelle des diplômes dans le Traité de Rome.
Médecine européenne, n°13, mais 1971,11-18.

Réflexions sur l'avenir du système de santé,contribution à l'élaboration d'une politique sanitaire.
Rapport du groupe de travail sur la prospective de la santé,publié par la Documentation franc. 1969, 107 p.

Statistiques de mortalité : alcoolisme, accidents, suicides, dans les pays du Marché Commun. D'après une étude de l'O.M.S. Médecine européenne, n°5, Mars 1969, 11-13.

Les systèmes de sécurité sociale, en Grande-Bretagne et dans les pays du Marché Commun.
Médecine européenne, n°II, sept. 1972, 4-6.

Traité institutant la Communauté Economique Européenne, 1957, Publié par la Documentation franç.,46 p.

Les vaccinations obligatoires, en France et dans la Communauté européenne.
Médecine européenne, n°15, sept.1971, 15-20.

Editions BERGERET, 2,rue Bergeret, BORDEAUX, tel. 91.12.59.